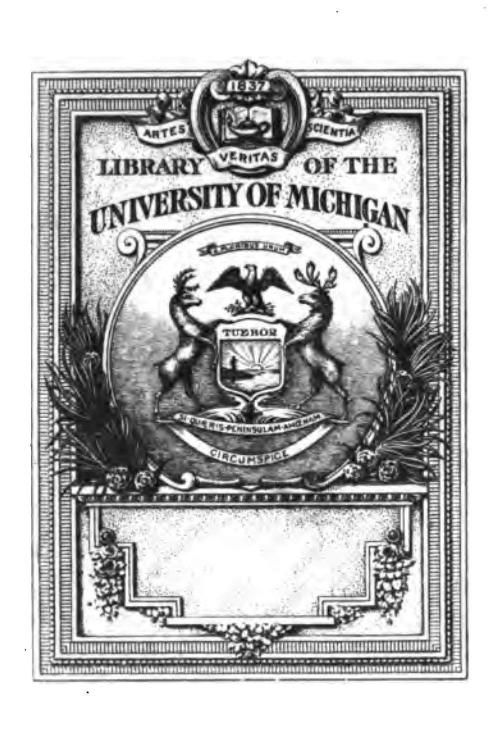

A 3 9015 00378 979 2
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

XI.

Conditions de l'abonnement :

Les *Annales de la chirurgie française et étrangère* sont publiées tous les 15 du mois, depuis Janvier 1841, par cahier de huit feuilles in-8° (128 pages), caractère philosophie pour les mémoires, et petit-texte pour les Variétés et la Bibliographie, avec planches.

Prix de l'abonnement par an, à Paris : 20 *fr.*

Franc de port, pour les départemens : 24 *fr.*



ON S'ABONNE CHEZ LES LIBRAIRES SUIVANS, *à* :

Amsterdam, Van Bakkenes, Caarelsen.
Besançon, Bintot.
Berlin, Behr, Hirschwald.
Bordeaux, Ch. Lawalle.
Brest, J. Hébert, Lepontois.
Bruxelles, J.-B. Tircher.
Dublin, Hodges et Smith.
Edimbourg, Maclachlan et Steward.
Florence, G. Piatti; Ricordi et Jouhaud.
Genève, Cherbulliez et C°.
Leide, Luchtmans; Vander Hoek.
Leipzig, L. Michelsen; Brockhaus et Avenarius.
Lyon, Ch. Savy.
Liège, Collardin; J. Desoer.
Lisbonne, Rolland et Semiond.
Marseille, v° Camoin; L. Chaix.
Madrid, Denné, Hidalgo et C°.
Milan, Dumolard et fils.
Montpellier, L. Castel, Sevalle.
Moscou, Gautier et C°; Urbain et Renaud.
Nancy, Grimblot, Senef.
Nantes, Buroleau, Forest.
Perpignan, Julia frères.
Pétersbourg, Bellizard et C°; Graeffe; Hauer et C°.
Rochefort, Penard.
Rouen, Lebrument.
Strasbourg, Dérivaux; Treuttel et Wurtz.
Toulon, Monge et Villamus.
Toulouse, Lebon, Gimet, Delboy, Senac.
Turin, J. Bocca, Pic.

Imprimé chez Paul Renouard, rue Garancière, n° 5.

ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

PUBLIÉES

PAR MM. BÉGIN, MARCHAL (de Calvi), VELPEAU
ET VIDAL (de Cassis).

TOME ONZIÈME.

PARIS.

J.-B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, N° 17.

A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

Et chez les principaux libraires français et étrangers.

1844.

ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

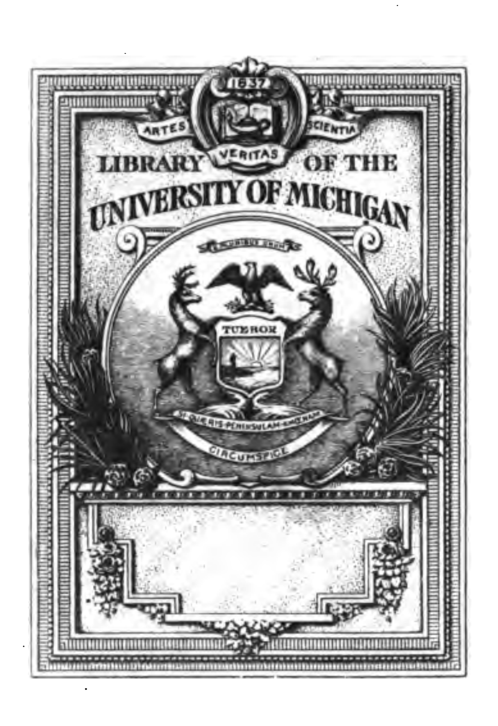
RECHERCHES
pour servir à l'histoire des tumeurs blanches.

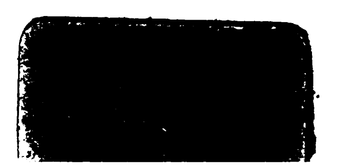
Par M. le docteur Richet, prosecteur de la Faculté, interne-lauréat des hôpitaux.

> *Felix qui potuit rerum cognoscere causas*
> (Virgile, *Géorg.*, liv. II.)

La fréquence des tumeurs blanches d'une part, d'autre part la difficulté de leur étude, et l'obscurité profonde qui règne encore sur quelques points de l'histoire de ces maladies, avaient vivement frappé mon attention : aussi depuis long-temps m'étais-je proposé de publier les quelques recherches que je faisais à ce sujet, sans me dissimuler les nombreuses difficultés d'un travail aussi épineux.

Toutefois, j'étais loin de soupçonner alors combien était rude et pénible la tâche que je m'imposais ; j'ignorais qu'en abordant cette question si complexe, il fallait embrasser la pathologie tout entière du système osseux et celle du tissu séreux ; qu'il fallait étudier, sous le point de vue de la microscopie, la texture de certains organes qui entrent dans


1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUÆRIS PENINSULAM AMŒNAM
CIRCUMSPICE



PREMIÈRE PARTIE.

Anatomie de texture des divers tissus entrant dans la composition des articulations.

L'analyse chimique, mais surtout la microscopie, ont fait faire, dans ces derniers temps, de tels progrès à l'anatomie générale, que j'ai cru devoir entrer dans quelques détails concernant l'histologie des cartilages, des synoviales et des autres tissus qui composent une articulation, d'autant plus que, dans le reste de ce travail, je m'appuierai sur ces particularités d'anatomie de texture pour interpréter certains faits pathologiques. Je suis même convaincu qu'il serait impossible de me suivre dans les développemens que je donnerai plus loin, si l'on ne se pénétrait de ces détails d'anatomie de structure que je vais exposer, et des expériences qui servent à les démontrer physiologiquement. On doît comprendre que je n'ai pas pour but de faire une histoire complète de tous les élémens qui entrent dans la composition d'une articulation. Je n'indiquerai que ce qui peut avoir de l'intérêt pour le sujet que je traite; aussi m'occuperai-je surtout de la structure des cartilages, car c'est là le point controversé.

Toute articulation est constituée par deux élémens distincts : 1° le squelette ; 2° les parties molles. Nous allons nous occuper successivement de ces deux élémens.

1° Le *squelette*. — Il se divise naturellement en tissu osseux et tissu cartilagineux.

A. Le tissu osseux, par ses renflemens épiphysaires, détermine la forme des jointures, et c'est sur lui que viennent se mouler les parties molles qui composent le reste de l'articulation; comme structure, il présente dans sa composition deux variétés fondamentales : la substance compacte et la

substance spongieuse. La première, peu riche en vaisseaux sanguins, est située à l'extérieur de l'os, auquel elle forme comme une écorce enveloppante, d'où le nom de *corticale ;* la *spongieuse*, au contraire, très vasculaire, constituée par des aréoles entrecoupées, est placée à l'intérieur, d'où le nom de *médullaire* (le tissu réticulaire de Bichat n'en est qu'une sous-variété). Cette substance spongieuse est surtout abondante aux extrémités articulaires, dont elle détermine la forme et le volume ; en ce point, c'est à peine si elle est recouverte par une mince lame de tissu compacte. Les cellules entrecoupées qui la composent communiquent toutes entre elles, et, chose importante pour la symptomatologie, la substance spongieuse d'une des extrémités articulaires, la supérieure, par exemple, communique avec l'inférieure par l'intermédiaire du canal médullaire. Cette continuité est établie par les deux expériences suivantes. J'ai pratiqué, à la partie inférieure d'un os long à l'état frais, une ouverture de la largeur d'une pièce de vingt sous, et j'ai vu, après l'avoir suspendu, toute la substance huileuse, même celle des cellules de l'extrémité supérieure, s'écouler goutte à goutte par la perforation, de sorte que l'os, après un temps plus ou moins long, en était complétement privé. Dans une seconde expérience, ayant poussé une injection d'eau tiède par l'extrémité supérieure d'un fémur, je vis, quelques secondes après, l'injection sortir par l'extrémité condylienne, dont j'avais enlevé la substance compacte à l'aide d'un fort scalpel.

Ce fait d'anatomie que je signale ici est d'une haute importance ; il nous expliquera comment des maladies d'une portion quelconque d'un os peuvent se transmettre facilement de l'une à l'autre extrémité, en voyageant, pour ainsi dire (qu'on me passe l'expression), à travers le canal mé-

dullaire ; il nous servira aussi à expliquer les douleurs atroces qui, selon le dire des malades, *leur courent tout le long des os*, dans quelques variétés de tumeurs blanches. Je reviendrai d'ailleurs plus tard sur ce phénomène, bien digne d'intérêt sous plusieurs points de vue.

Ces cellules du tissu spongieux sont tapissées par une membrane très fine, sur laquelle se ramifient des vaisseaux en grand nombre, lesquels vaisseaux seraient surtout veineux ; cette circonstance explique l'abondance du suc huileux contenu dans les cellules. En un mot, et pour en terminer avec le tissu spongieux, je dirai qu'il paraît être surtout destiné à la nutrition de l'os.

Quant au tissu compacte, aux extrémités articulaires, il enveloppe les cellules d'une couche mince, perforée par de nombreux vaisseaux qui vont se distribuer dans la profondeur. C'est sur cette lamelle compacte que s'insère le cartilage de revêtement ; en ce point, elle est dépourvue de périoste.

La résistance, la dureté de ce tissu, déterminent la solidité du squelette.

B. Les cartilages. — Je ne m'occuperai ici que des cartilages articulaires ; toutefois, je me vois forcé d'entrer dans quelques généralités sur le tissu cartilagineux, afin de motiver ce que je dirai des cartilages d'encroûtement. Jusque dans ces derniers temps, avec Bichat, on divisait ce tissu, d'après l'aspect et la consistance, en cartilages et en fibro-cartilages ; mais les données anatomiques sur lesquelles on se fondait étaient si peu arrêtées que chacun faisait rentrer à sa guise certains fibro-cartilages dans les cartilages, et réciproquement, selon qu'ils se rapprochaient plus ou moins du type qu'on avait adopté pour base de classement. A cause de ces oscillations, plusieurs observateurs, et no-

tamment M. Cruveilhier, avaient rayé du cadre anatomique les fibro-cartilages, à tort, selon moi, car l'épiglotte ou les cartilages intervertébraux ne ressemblent pas plus au cartilage de revêtement de la tête humérale qu'une séreuse ne ressemble à une muqueuse.

Toutefois, aujourd'hui que la chimie organique et le microscope nous sont venus en aide, on peut, je crois, avec Henle, diviser le tissu cartilagineux en vrais cartilages et en fibro-cartilages. Les vrais cartilages sont composés d'une matière homogène, translucide, d'une couleur blanc bleuâtre, qui forme ce qu'on appelle la *substance fondamentale*. Au milieu de cette substance sont creusées des excavations qui, *peut-être*, sont tapissées d'une membrane, et constitueraient alors des cellules. Ces cellules contiennent un liquide dans lequel on trouve un noyau ou cyto-blaste (1); enfin outre ce noyau, on découvre quelquefois des nucléoles.

Les fibro-cartilages, au contraire, contiennent très peu ou même point du tout de cellules ni de cyto-blastes; mais ils sont composés de fibres parallèles très distinctes, lesquelles fibres, de nature celluleuse (albuginée), deviennent surtout apparentes par la macération dans l'acide acétique affaibli, caractère qui les rapprocherait singulièrement du tissu fibreux, dont ils ne seraient qu'une variété.

Aux vrais cartilages appartient toute la classe des cartilages articulaires, à une ou deux exceptions près, tandis que les disques interarticulaires des genoux, de la mâchoire, de la clavicule, l'épiglotte, etc., sont des fibro, ou mieux, des faux cartilages.

Les cartilages costaux sont sur les limites; ils forment la

(1) Pour parler correctement, et d'après l'étymologie, c'est *cysto-blaste* qu'il faudrait dire.

transition, puisque, par l'effet de l'âge ou accidentellement, des fibres analogues à celles des faux cartilages peuvent s'y développer, et l'apparition de ces fibres annonce toujours une ossification prochaine.

Dans les cartilages articulaires, qui seraient ainsi le type des vrais cartilages, il ne se développe jamais de fibres ; ils ne seraient, par conséquent, jamais sujets à l'ossification. (1)

La chimie organique est venue prouver ce que l'anatomie micrographique avait déjà annoncé. En effet, traités par l'acide acétique concentré, les vrais cartilages, en entier, se résolvent en une matière particulière, susceptible de se prendre en gelée, qu'on appelle la *chondrine*, tandis que les fibro-cartilages n'en donnent que très peu, et gardent leurs fibres intactes ; elles deviennent même, ainsi que je l'ai dit plus haut, très apparentes (J. Müller).

Telle est donc la structure des vrais cartilages, une substance homogène fondamentale, au milieu d'elle des excavations cellulaires, contenant un liquide séreux et des cytoblastes. En vain, au milieu de cette substance organique, mais non organisée, a-t-on, chez l'adulte, à l'aide des injections les plus fines, des plus forts grossissemens, cherché à découvrir des vaisseaux sanguins ; jamais on n'a pu y parvenir ; dans les fibro-cartilages, au contraire, on a pu quelquefois en montrer, et j'en ai vu moi-même d'assez évidens. Nous pouvons donc conclure de ces faits, que le cartilage permanent des surfaces articulaires n'est pas plus organisé que l'épiderme, et qu'il doit se comporter comme lui par rapport aux causes morbides ; ce que je me réserve de prouver plus loin.

(1) Henle, *Anatomie générale* ; trad. de l'allemand, par A. J. L. Jourdan, Paris, 1843, 2 vol. in-8, fig. ; Burggræve, *Histologie* ; Meckaüer, *Cartilaginum structura*, etc.

Si maintenant, sortant de l'anatomie microscopique, nous examinons les cartilages articulaires relativement à leurs connexions avec l'os sur lequel ils s'implantent, et avec la synoviale articulaire, nous éprouvons de grandes difficultés. Il faut donc procéder avec méthode : si on examine un cartilage d'encroûtement, sur le condyle d'un tibia sain, par exemple, on remarque qu'il est intimement uni à la lamelle de substance compacte qui recouvre en ce point les cellules spongieuses. Ce n'est qu'avec peine qu'on le décolle, et, lorsqu'on y est parvenu, on voit que l'os, comme déchiré, laisse sourdre çà et là quelques gouttelettes d'un liquide séro-rougeâtre. Cette intime adhérence du cartilage à l'os ne permet pas de supposer qu'il puisse exister entre eux un tissu intermédiaire que les altérations pathologiques mettraient en évidence dans certains cas.

Si on prend la lame cartilagineuse et qu'on la ploie, elle est souple ; mais si on exagère la courbure, elle casse, et la cassure paraît fibreuse ; apparence due non à des fibres, mais à la disposition linéaire des cellules mentionnées plus haut. Dans le poil, cette apparence linéaire des cellules est portée, ainsi qu'on sait, à un bien plus haut degré.

Ces apparences de stries ont, selon la remarque de Lassone, de Hérissant (*Mémoires de l'Académie des sciences*), de Hunter, etc., l'aspect des soies du velours sur la trame.

Voilà comment se comporte le cartilage par sa face profonde, à son union à l'os. Voyons maintenant quels sont les rapports qu'il affecte par sa surface libre avec la synoviale.

La surface libre du cartilage à l'état sain est lisse, polie, humectée par une synovie onctueuse qui facilite singulièrement les glissemens des extrémités osseuses ; or, comme cette surface polie se continue sans ligne de démarcation

tranchée avec celle de la synoviale qui constitue les parois de la cavité articulaire, on en a conclu tout naturellement que cette apparence était due au passage de cette membrane sur la surface libre du cartilage. Nesbitt, Bonn, W. Hunter, croyaient à ce passage qui sembla mis hors de doute par les beaux travaux de Bichat. Cette opinion, qui règne encore dans les écoles, vient d'être attaquée, dans ces derniers temps, par M. Velpeau dans son travail sur les cavités closes. (1)

D'autres auteurs ont admis, M. Blandin, par exemple, que la synoviale passait entre l'os et le cartilage. D'autres, enfin, professent une opinion mixte : ils supposent que la synoviale arrivée au bord du cartilage se dédouble ; un feuillet passe au-dessus et l'autre au-dessous.

Avant que d'engager la discussion, je commencerai par faire remarquer le désaccord qui existe entre les observateurs les plus distingués, désaccord qui nous montre tout de suite l'extrême difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité absolue, de trancher la question à l'aide de l'inspection privée de verres grossissans.

En effet, on peut avec plus ou moins d'habileté enlever sur la surface du cartilage une lamelle mince, pellucide, transparente comme une pelure d'oignon ou une lamelle du cristallin, et paraissant visiblement se continuer avec le feuillet superficiel de la synoviale ; mais cette lamelle ne peut pas être poursuivie bien loin des bords ; bientôt elle se déchire, et il devient impossible de la ressaisir. Or, je le demande, est-il permis de conclure de ce fait que la synoviale passe au-devant du cartilage ? Ne sait-on pas que ce dédoublement de feuillets, qu'on pourrait pousser jusqu'à l'infini, dépend de l'habitude et de l'habileté de l'opérateur ?

(1) *Annales de la Chirurgie*, t. VII, p. 151, 294, 401 ; t. VIII, p. 15.

N'a-t-on pas vu des anatomistes vouloir poursuivre le ligament rond de l'utérus jusque sur les côtés de l'articulation tibio-fémorale? Aussi bien je demeure convaincu qu'il faut abandonner cette voie d'investigation. Constatons, quoi qu'il en soit, qu'il existe une lamelle lisse au devant du cartilage, et que, cette lamelle enlevée, ce dernier apparaît au-dessous rugueux et dépoli. Le seul moyen de constater si cette lamelle appartenait à la synoviale, c'était d'examiner si elle en présentait les caractères au microscope. Eh bien, Rudolphi, Valentin, Henle, Burggræve, y ont reconnu les caractères de l'épithélium pavimenteux de toutes les séreuses; mais ils n'ont jamais pu y constater les autres élémens qui constituent ces membranes, c'est-à-dire le tissu cellulaire riche et abondant en vaisseaux, soit séreux, soit sanguins, qu'on y rencontre. Ils ont donc conclu que la synoviale, arrivée sur le bord des cartilages, s'arrêtait brusquement, et que la lame cornée épithéliale paraissait seule se prolonger au-dessus. Or, on le sait, la couche épithéliale des séreuses n'est pas plus organisée que l'épiderme de la peau; par conséquent, cette addition de la membrane épithéliale n'ajoute rien à ce que nous connaissons déjà de la vitalité des cartilages.

Ne serait-il pas possible d'admettre, d'ailleurs, que cette apparence d'épithélium pavimenteux est dû à l'aplatissement des couches les plus superficielles du cartilage par la pression des surfaces articulaires? et je suis d'autant plus fondé à admettre cette disposition, que Meckäuer (*Cartilaginum structura*, p. 10) dit que les cellules les plus superficielles sont tellement aplaties, qu'elles ressemblent si bien d'ailleurs aux cellules épithéliales, qu'il est impossible de les différencier l'une de l'autre. J'ai moi-même, aidé dans mes recherches par M. le professeur Gavarret, constaté

cette disposition d'une manière bien évidente, à l'aide d'un grossissement de 300. Cette manière de voir donne gain de cause à l'opinion qu'a émise M. Velpeau. Il est beau de voir ce professeur arriver par le raisonnement et l'analogie aux mêmes résultats fournis plus tard par l'anatomie microscopique. Mais, dira-t-on, si la synoviale ne passe pas au-dessus des cartilages, elle peut passer au-dessous? C'est là l'opinion de M. Blandin. J'ai déjà démontré combien, à l'état normal, et c'est un fait qu'il est facile de constater, était grande l'adhérence du cartilage à l'os : aussi M. Blandin ne s'appuie-t-il, pour défendre son opinion, que sur les données d'anatomie pathologique. Comme je dois examiner plus tard ces faits, je m'abstiendrai d'en parler ici; quant à l'opinion mixte des auteurs qui font passer un feuillet au-dessus, un feuillet au-dessous du cartilage, il est bien clair que si ni l'une ni l'autre des deux théories que nous venons de réfuter n'est vraie, la leur, qui n'en est que l'assemblage, est doublement erronée.

Mais si la synoviale ne passe pas au devant des cartilages, il est incontestable que, dans certains cas, elle s'avance jusque sur leurs bords, sur lesquels elle empiète même quelquefois un peu. Ainsi, il m'est arrivé de pouvoir démontrer ce fait d'une manière bien simple : j'ai rencontré des articulations, parfaitement saines d'ailleurs, dont les vaisseaux péri-articulaires étaient gorgés de sang, ceux de la synoviale l'étaient surtout à un haut degré. Or, en pressant sur les veines avec la pulpe du doigt de manière à faire refluer le sang du côté des cartilages, on voyait ce liquide emplir petit à petit des vaisseaux d'une ténuité excessive, et dont la couleur rouge tranchait sur la blancheur laiteuse des cartilages, sur lesquels ils se prolongeaient de 1 ou 2 millimètres; puis le sang, arrivé là, revenait subitement sur lui-même

par des anastomoses en arcade, pour retourner dans les gros troncs d'où on l'avait chassé. Mais jamais je n'ai pu le faire avancer au-delà ; toujours, au contraire, les limites du réseau vasculaire étaient nettement tranchées par des arcades ou des anses anastomotiques.

Cette vascularisation, qui pour moi vaut beaucoup mieux qu'une injection au mercure, lequel déchire les tissus et se crée des trajets artificiels plutôt qu'il n'en parcourt de réels, prouve sans réplique que le réseau capillaire de la synoviale peut bien, dans quelques cas, s'avancer de 1 ou 2 millimètres sur le cartilage ; mais que bientôt, comme convaincu d'aberration de lieu, il revient sur lui-même. Pourquoi, s'il était dans la nature du cartilage de s'injecter, pourquoi, s'il était réellement pourvu de vaisseaux, ne pourrait-on pas faire circuler le sang plus avant ?

A l'aide de ce fait, nous comprendrons facilement comment, dans les inflammations, les vaisseaux qui ont déjà un pied sur le cartilage (qu'on me passe l'expression) peuvent se porter plus au loin, et constituer le premier degré de ces prolongemens membraniformes qu'on rencontre souvent à leur surface au début de l'inflammation de la synoviale.

Je sais bien que ces vaisseaux, que j'ai vus chez l'adulte arriver jusque sur les bords du cartilage, certains auteurs disent les avoir vus chez le fœtus régner sur toute la surface, mais chez le fœtus seulement, il est vrai. Je vais réfuter cette objection : d'abord, et sans mettre en doute l'exactitude des faits observés par des anatomistes consciencieux, est-on bien sûr que, dans ces cas-là mêmes, il n'y ait pas eu un développement anormal des vaisseaux ? et si j'émets ce doute, c'est que, d'un autre côté, des expérimentateurs très exercés, et qui ont fait des recherches multipliées sur des en-

fans, Bruns par exemple, sont arrivés à des résultats négatifs (1). Moi-même, s'il m'est permis de me citer, quoique ayant eu un grand nombre de fois l'occasion d'examiner des fœtus de tout âge, je n'ai jamais pu découvrir cette vascularisation que M. Giraldès m'a affirmé avoir pu mettre, dans un cas, en évidence par une injection très pénétrante.

Toutefois, ce fait, extrêmement rare, par cela même doit être regardé comme une anomalie. Puis, qu'on remarque bien qu'il n'est ici question que de fœtus avant terme, époque à laquelle les tissus ne sont pas encore nettement délimités; i, en effet, nous nous reportons sur ce qu'on voit chez l'adulte à l'état normal, je dirai que personne n'a jamais pu découvrir de vaisseaux sur la surface libre des cartilages, et, à plus forte raison, dans leur intérieur. Il est bien entendu que je ne parle ici que des vrais cartilages, de ceux qui revêtent les surfaces articulaires. Quant à ces vaisseaux qu'à la suite des maladies articulaires on voit si souvent se prolonger au-dessus des cartilages, je les regarde comme de nouvelle formation, et je crois avoir des faits positifs d'anatomie pathologique pour résoudre cette importante question, dont la discussion ne doit venir qu'au chapitre suivant.

Quant aux nerfs, on n'en connaît point, et les micrographes allemands, si habiles aujourd'hui à en découvrir dans les tissus où jamais on n'avait pu en démontrer, se prononcent, comme pour les vaisseaux d'ailleurs très nettement pour la négative, on sait aussi et j'insisterai sur ce point, qu'ils sont complétement insensibles à l'irritation des substances soit chimiques, soit physiques.

En résumant toute cette discussion, je dirai donc que les vrais cartilages sont des corps organiques, mais inorganisés,

(1) Henle, *Anatomie générale*, Paris, 1843, t. 2, page 373.

d'une structure intime, analogue à celle de l'épiderme, de l'ongle, etc., dans lesquels ou à la surface desquels on n'a jamais pu découvrir ni vaisseaux ni nerfs, et qui, par cela même, doivent vivre d'une vie parasite et aux dépens des tissus qui les environnent ; or, ces tissus sont, d'une part, les os auxquels ils sont intimement unis, ainsi que je l'ai précédemment démontré ; d'autre part, la synoviale qui se perd sur leurs bords, et verse sans cesse dans les cavités articulaires un liquide onctueux, véritable plasma du sang, pour me servir d'une expression allemande, qui transsude à travers les nombreux vaisseaux qui la constituent.

On comprend dès-lors que les cartilages plongés au milieu de ce liquide, renouvelé sans cesse, doivent, par imbibition ou par endosmose, sans cesse l'absorber.

Les cellules dont ils sont composés se gonflent par l'abord du liquide de la même manière que les cellules épidermiques, quand nous sommes plongés dans un bain ; le mouvement des articulations doit d'ailleurs singulièrement favoriser cette imbibition ; mais, comme on pouvait m'objecter que cette puissance endosmotique du cartilage n'était qu'une hypothèse, j'ai cherché à la prouver à l'aide des expériences suivantes.

J'ai, sur un chien, injecté dans l'articulation tibio-fémorale de l'eau colorée en noir, une autre fois en rouge, une autre fois en jaune ; puis, ouvrant, deux heures après cette articulation, à plein tranchant, j'ai observé que les cartilages étaient complétement imbibés de l'injection. J'ai renouvelé plusieurs fois cette expérience, qui m'a toujours réussi. Je ferai remarquer que les tissus voisins, la synoviale par exemple, se colorait seulement à sa superficie, et d'une manière insensible, tandis que le cartilage avait réellement échangé sa couleur primitive contre celle de la substance injectée.

D'autre part, ayant laissé long-temps macérer dans de l'eau rougie par du sang des os recouverts de leur cartilage, je les trouvai teints non par lignes, mais uniformément d'une belle couleur rosée, et en coupant le tissu cartilagineux, on s'assurait que l'imbibition avait pénétré assez profondément.

Enfin, Bichat a vu chez un ictérique la synoviale contenue dans l'articulation, être d'une couleur jaunâtre, et les cartilages revêtir cette même couleur.

J'ai répété, il y a quelques jours, l'expérience suivante, en présence de plusieurs personnes : j'ai injecté dans l'articulation du genou d'un cadavre une dissolution de chromate de plomb. Au bout de dix minutes, nous constatâmes que les cartilages étaient imbibés d'une belle couleur jaune qui avait pénétré non-seulement la surface, mais toute l'épaisseur de ces lamelles, jusqu'à leur insertion à l'os. Les fibro-cartilages étaient à peine jaunis à leur surface.

Et d'ailleurs, n'est-ce pas un fait à la connaissance de tout le monde qu'il suffit de plonger dans l'eau un cartilage desséché pour lui faire reprendre, à peu de chose près, sa forme et sa couleur primitives? Que s'est-il passé ? Il a absorbé de nouveau l'eau dont on l'avait privé par la dessiccation, et c'est à sa structure cellulaire qu'il doit cette faculté. Or, je ne sache pas qu'il y ait dans l'économie d'autres tissus que l'épiderme qui jouissent de cette propriété.

D'autre part, l'union intime des cartilages à l'os a probablement pour but de transmettre aux lames profondes les parties liquides du sang, et de contribuer ainsi à leur nutrition. On peut invoquer, comme preuve de ce que j'avance, que l'inflammation des extrémités osseuses articulaires, de quelque nature qu'elle soit, pervertissant le mode de nutrition que j'indique, provoque le décollement et l'érosion des

cartilages. Ce dernier fait est si fréquent qu'il n'est pas d'observateur qui n'ait eu occasion de le rencontrer.

L'imbibition aux dépens de l'os d'une part, des liquides synoviaux de l'autre, me semble donc être le mode suivant lequel les cartilages articulaires se nourrissent.

Mais, objectera-t-on, les cartilages, que vous comparez à l'épiderme quant à leur mode de nutrition, en diffèrent cependant en ce que l'épiderme détruit se reproduit, puisque c'est un résultat de sécrétion, tandis que le cartilage ne se reproduit pas.

Sans m'appuyer ici de l'autorité du célèbre Laennec, qui avait eu plusieurs fois l'occasion de voir des cartilages se régénérer, je dirai :

Que des cartilages se forment de toutes pièces dans les fausses articulations, suite de fractures non consolidées.

Puis, sur un tibia appartenant à une articulation malade dont je cite plus loin l'observation, et dont les cartilages avaient été détruits, j'ai vu les végétations osseuses se recouvrir d'une lamelle opaline qui avait toutes les qualités physiques d'un cartilage. Rappelons-nous, d'ailleurs, ce qui arrive dans la luxation du fémur, alors que la tête, érodée et luxée, se porte dans la fosse iliaque externe : une pseudarthrose se forme de toutes pièces, c'est-à-dire qu'il se crée une synoviale nouvelle, et que les surfaces osseuses s'encroûtent de cartilages nouveaux la plupart du temps rugueux et raboteux.

On comprend sans peine que ces nouveaux cartilages ne ressemblent qu'imparfaitement aux anciens, la synoviale et les os ayant été profondément altérés ; de même que, lorsque le derme a été désorganisé, ce n'est plus un véritable épiderme qui se reforme, mais bien un tissu de cicatrice qui s'en rapproche plus ou moins, et qui le supplée. Il en est de même pour les ongles.

Enfin, ce qu'il y a de remarquable, c'est que ces pseudarthroses sont susceptibles des mêmes altérations pathologiques que les vraies articulations; ce qui prouve que leurs parties constituantes sont de même nature. Je dois à mon collègue M. Demarquay, aide d'anatomie de la Faculté, le premier exemple connu d'une tumeur blanche affectant une fausse articulation. Je le rapporterai plus loin avec détails.

2° *Des parties molles.* — Nous examinerons successivement la synoviale et le tissu fibreux intra et extra-articulaire.

A. *Des membranes synoviales.* — Je n'insisterai que très peu sur l'anatomie de texture de ces membranes, qui, d'après tous les auteurs modernes, doivent rentrer dans la classe des séreuses, dont elles ne sont qu'une variété. Elles sont constituées par deux feuillets : l'un, superficiel, lisse et poli, composé de cellules pavimenteuses, est complètement inorganisé, c'est un verni appliqué à la face interne de l'articulation; l'autre, constitué par un tissu cellulaire riche en vaisseaux sanguins et séreux, serait le siége des phénomènes morbides qu'on a si souvent l'occasion de vérifier dans les inflammations des séreuses.

Quant aux nerfs, on ignore encore leur mode de distribution dans ces membranes.

Je me suis déjà expliqué touchant le passage des synoviales sur les cartilages; je n'y reviendrai plus. Je suis convaincu qu'à supposer même que l'on admette avec Henle le passage sur les cartilages du feuillet sus-épithélial, par rapport aux phénomènes pathologiques, ce n'est plus qu'une question de mots. Qu'importe, en effet, pour la vitalité des cartilages, qu'un feuillet inorganisé puisse ou ne puisse pas être démontré sur leur surface?

Seulement, je comprends très bien que quelques person-

ces, encore fortement attachées à la théorie des analogies, ne s'accoutument pas facilement à cette idée, que les séreuses ne doivent plus être regardées comme des membranes continues, des sacs sans ouverture, ainsi que l'a prouvé M. Velpeau, ainsi que l'ont démontré les micographes (1).

Les synoviales, selon Hunter et Bichat, n'auraient qu'une sensibilité obtuse à l'état sain : on sait cependant combien leur susceptibilité est promptement éveillée, soit par la présence d'une injection irritante, soit par le contact de l'air ou d'un corps vulnérant. On doit se rappeler aussi que ces vives douleurs ressenties parfois dans l'extension brusque d'une articulation sont généralement attribuées au pincement de la synoviale entre les surfaces articulaires.

N'est-ce point de la même manière, et en froissant la synoviale, que les corps étrangers articulaires amènent ces souffrances subites qu'on a observées chez les individus affectés de cette maladie ?

La disposition anatomique des deux feuillets de la séreuse est importante à noter. Nous verrons que le feuillet épithélial disparaît dès qu'une inflammation se manifeste dans la membrane ; et c'est cette disparition qui, en dépolissant la face interne de la séreuse, lui donne cet aspect grenu, signe du premier degré inflammatoire.

B. *Tissu fibreux*, *ligamens et capsule articulaire.* — Le tissu fibreux entre pour une partie considérable dans la formation des articulations. Il entoure et soutient les parties molles et la synoviale, et il sert de moyen d'union aux extrémités osseuses.

Il est composé de fibres albuginées, tantôt disposées parallèlement, comme dans les tendons, les ligamens, etc. ;

(1) Henle, *Anatomie générale.*

d'autres fois entre-croisées à la manière d'une trame, comme dans les aponévroses d'enveloppe ou dans les capsules fibreuses. Ces fibres sont liées l'une à l'autre par un tissu cellulaire extrêmement délié, et que la macération ou les maladies mettent quelquefois en évidence. De rares vaisseaux sanguins y pénètrent pour leur nutrition propre; aussi est-ce une erreur que de dire, comme M. Burggræve, qu'il est quelquefois très vasculaire. Dans le cas, en effet, où on y signale de nombreux vaisseaux, comme dans le périoste, comme dans la sclérotique, il est facile de démontrer que ces vaisseaux ne s'arrêtent point dans le tissu fibreux lui-même, mais sont destinés à des organes plus profondément situés. C'est ce qui nous explique la différence d'apparence vasculaire qui existe entre les tendons, les ligamens, etc., et le périoste.

Aussi bien peut-on dire que le tissu fibreux est passif, destiné qu'il est à faciliter la distribution ultérieure du système vasculaire. On comprend dès-lors que tantôt il sera difficile, impossible même, de démontrer des vaisseaux dans certaines parties fibreuses, les tendons, les ligamens, par exemple; tandis qu'ils deviendront très évidens à la face interne de la sclérotique, de l'albuginée. Quant aux nerfs, on ne sait rien de bien positif, relativement à leur distribution dans le tissu fibreux envisagé d'une manière générale. Ainsi, on a démontré des filets de la cinquième paire, du pathétique allant à la dure mère; mais jamais on n'a pu démontrer de rameaux nerveux se rendant aux ligamens, aux tendons ou aux aponévroses. Leur insensibilité aux excitans chimiques et physiques n'est-elle pas là, d'ailleurs, pour le prouver physiologiquement?

Il est vrai que, d'après des expériences sur des chiens, Bichat dit que les ligamens qui sont insensibles à tous les agens chi-

miques manifestent cependant une certaine sensibilité obscure à la torsion ou à la distension exagérée ; mais ces expérimentations auraient besoin d'être reprises et appréciées surtout avec plus de sévérité qu'elles ne l'ont été par leur auteur(1).

Examinées au microscope, les fibres albuginées se présentent sous l'aspect de fibres celluleuses allongées et extrêmement rapprochées ; aussi Henle range-t-il le tissu fibreux dans la classe du tissu cellulaire à l'état condensé.

Le tissu fibreux, autour des jointures, est tantôt étalé en membrane destinée à soutenir la synoviale et à clore plus solidement la cavité de l'articulation (capsule articulaire), tantôt ramassé en trousseaux serrés, allant d'un os à l'autre (ligamens) ; d'autres fois, interposé entre les surfaces articulaires elles-mêmes (ligamens, disques inter-articulaires, ménisques, etc.). Enfin, dans certaines articulations, les tendons musculaires forment de véritables ligamens, comme le tendon du biceps à l'articulation scapulo-humérale, celui du poplité à celle du genou, etc., ainsi que l'a d'ailleurs très bien fait sentir M. Maissiat (*Etudes de physique animale*).

(1) J'ai répété ces expériences un bon nombre de fois, et toutes les fois que jai tordu le ligament avec une forte pince, mais en ayant bien soin de ne point *tirailler* sur l'os auquel il s'attachait, je n'ai obtenu aucune manifestation douloureuse, même obscure, même légère. Mais lorsqu'on oublie de prendre cette précaution on voit l'animal s'agiter sans témoigner une véritable douleur ; c'est de l'anxiété, du malaise, qui tiennent, j'en suis convaincu, à ce que les ligamens se continuant avec le périoste et l'os, exercent sur eux des tractions qui éveillent la sensibilité si obtuse dont ils sont doués à l'état physiologique. Quant aux expériences de M. Magendie je ne m'appuierai point sur elles, il suffit de les lire pour se convaincre qu'elles ne répondent point au but dans lequel elles ont été faites.

Je n'ai pas besoin de dire que je regarde, avec Meckaüer, les disques inter-articulaires et les ménisques, comme une variété du tissu fibreux avec mélange de cellules cartilagineuses, d'où le nom de faux cartilage qu'il leur impose.

En résumé donc, le tissu fibreux n'est que du tissu cellulaire condensé; il ne reçoit que de très rares et très ténus vaisseaux pour sa propre nutrition, et point de nerfs (au moins celui des articulations). S'il est pourvu de sensibilité, comme l'admet Bichat, au moins est-elle très obtuse, puisqu'on ne peut l'éveiller par aucun agent chimique appliqué directement sur lui; par conséquent, sa vitalité doit être à-peu-près nulle, ainsi que le prouvent d'ailleurs les faits pathologiques que je rapporterai bientôt.

E. Il me resterait à parler maintenant des parties molles environnant les articulations, c'est-à-dire le tissu cellulaire, les muscles, les vaisseaux, etc., etc., qui peuvent se trouver plus ou moins en rapport avec elle; mais, attendu que ces élémens n'y entrent point comme parties constituantes, je les passerai sous silence. Je me bornerai à dire que toute grande articulation envisagée comme formant un tout, un appareil systématisé pour le mouvement, a des nerfs et des vaisseaux, souvent très volumineux, qui lui appartiennent en propre, et dont la destination paraît plus spécialement réservée à la synoviale.

Si nous jetons actuellement un coup-d'œil sur l'ensemble des élémens composant une articulation, que de tissus divers n'y rencontrons-nous pas! Et quelle différence d'organisation, de vitalité! C'est ainsi qu'à côté des cartilages, des ligamens inter et extra-articulaires, qui n'ont les uns point, les autres à peine de vaisseaux, qui ne semblent vivre que d'une vie parasite, nous trouvons les os et les synoviales si riches en vaisseaux, si prompts à s'enflammer; en sorte que, s'il fallait

établir des degrés de susceptibilité inflammatoire d'après les données anatomiques, en première ligne nous placerions la synoviale, puis viendraient les os, et enfin, mais à une immense distance, les ligamens. Quant aux cartilages articulaires, l'état actuel de la science ne permet plus de les considérer que comme des corps organiques, mais non organisés, qu'il faut ranger dans la même classe que les ongles, les poils et l'épiderme, et n'étant pas plus qu'eux sujets aux maladies.

Or, ces considérations générales d'anatomie de texture ne nous permettent-elles pas déjà de soupçonner que les synoviales et les os seront presque toujours, sinon toujours, le point de départ exclusif des affections généralement connues sous le nom de *tumeur blanche?*

DEUXIÈME PARTIE.

Anatomie et physiologie pathologiques des lésions articulaires

Je m'occuperai successivement : 1° Des altérations de la synoviale et des tissus fibreux ;

2° Des altérations des os ;

3° Des altérations des cartilages.

1° *Des altérations de la synoviale et des tissus fibreux.*

La synoviale, ou, pour mieux dire, la séreuse articulaire, peut être malade primitivement ou consécutivement. Son inflammation peut être aiguë ou chronique ; mais cette dernière, pour s'établir, ne semble pas, dans un grand nombre de cas, avoir été précédée d'un état aigu.

Avant d'entrer dans les détails pathologiques qui constituent ces deux formes de la même affection, je vais examiner succinctement s'il n'existe pas des cas dans lesquels les épan-

chemens morbides peuvent s'établir primitivement dans l'articulation, sans qu'on puisse découvrir de lésion apparente de la séreuse. On comprend, toutefois, que ces épanchemens, par cela même qu'ils sont anormaux, puissent à la longue amener des dégénérescences de cette membrane; et c'est là une raison qui motive les développemens dans lesquels je vais entrer.

A. Chez les individus cachectiques ou affaiblis par une longue maladie, quelquefois aussi chez des personnes d'une apparence de bonne santé, on voit s'établir dans certaines articulations, celle du genou, par exemple, des hydarthroses, sans qu'on puisse rapporter ces épanchemens articulaires à une maladie de la séreuse. Il n'y a ni rougeur à la peau, ni douleur à la pression; les mouvemens ne sont que très peu gênés. Si on a occasion d'examiner l'articulation, on la trouve remplie d'un liquide abondant, moins onctueux que la synovie ordinaire, d'une couleur jaunâtre, ayant d'ailleurs toutes les qualités physiques du fluide qui lubrifie les surfaces articulaires à l'état normal; d'autres fois il est presque séreux. La synoviale ne présente, dans ces circonstances, aucune altération appréciable; elle paraît plus blanche, et comme *délavée*. J'ai vu un cas de cette nature, et je me suis demandé si la présence d'un épanchement semblable ne pourrait pas plus tard amener une désorganisation de la séreuse. On sait d'ailleurs que M. Malgaigne, puis M. Guérin, ont proposé d'évacuer ce liquide, le premier, à l'aide d'un trois-quarts fin et très aigu, le second, à l'aide de ses ponctions, soi-disant sous-cutanées. Ces ponctions, pour le dire en passant, n'amènent pas toujours d'heureux résultats, et ne sont pas tout-à-fait innocentes, ainsi qu'on pourra s'en convaincre par la lecture d'une des observations citées plus loin (observ. 2).

B. D'autres fois, à la suite d'une chute, du sang s'épanche dans l'articulation. Si c'est le genou (et c'est là qu'on observe le plus souvent ces hématocèles articulaires), il se gonfle, se tuméfie, rougit, devient douloureux, et on comprend que si l'inflammation dépasse certaines limites, la suppuration puisse s'ensuivre et devenir le point de départ d'une tumeur blanche. Les auteurs citent des cas nombreux d'arthrite avec épanchement de sang qui ont eu cette terminaison funeste ; mais n'ayant devers moi aucun fait particulier sur lequel je puisse m'appuyer, je n'y insisterai point davantage.

C. Chez des individus ayant des plaies en suppuration, quelquefois on voit survenir des frissons, des douleurs dans les jointures, enfin tous les symptômes de ce que l'on appelle l'infection purulente. A l'autopsie, car constamment la mort survient, on trouve du pus en plus ou moins grande quantité dans les cavités articulaires. J'ai eu grand nombre de fois l'occasion de vérifier ce fait, et j'ai trouvé, tantôt la séreuse sans la moindre altération, d'autres fois, et c'est le cas le plus rare, elle présentait une rougeur plus ou moins intense et par plaques avec injection du réseau sous-séreux indiquant une inflammation de la synoviale. Que cette inflammation soit consécutive à l'apparition du pus dans la jointure, ou qu'elle en soit la cause, on ne peut se dispenser d'admettre que, si le malade eût survécu, cette purulence n'ait pu être plus tard le point de départ d'une tumeur blanche, en faisant naître une désorganisation de la séreuse.

D. On voit souvent survenir subitement, chez des individus affectés d'autres maladies, des épanchemens de liquide dans les articulations, sans que d'ailleurs ces épanchemens aient été précédés de douleurs pouvant faire supposer une affection préalable de la synoviale : on appelle

ces arthrites, véritables métastases, du nom de la maladie qu'elles accompagnent. C'est ainsi qu'on dit *arthrite blennorrhagique, arthrite des femmes en couches*, etc. Ces collections de liquide peuvent, si elles ne passent à la résolution, entraîner des altérations consécutives de la séreuse, et être de cette manière la source de *tumeurs blanches*, et si je spécifie la séreuse à l'exclusion des cartilages et des os, c'est que ces derniers sont bien moins prompts à se prendre que cette membrane. Au n° 17 de la salle Sainte-Catherine (hôpital de la Charité), se trouvait, il y a trois mois, une femme lymphatique, qui, à la suite de couches, fut prise, sans douleurs préalables, d'un gonflement considérable de l'articulation radio-carpienne gauche. C'était son lait, disait-elle, qui s'était épanché là. Le fait est, que la fluctuation y était évidente le jour où elle entra à l'hôpital, c'est-à-dire le surlendemain. Or, la maladie, traitée énergiquement par les vésicatoires répétés, dura cependant six semaines, et lorsque la malade sortit elle ne pouvait encore se servir facilement de son poignet. Il est facile de concevoir que, si la maladie n'eût pas été traitée dès les premiers temps, une véritable tumeur blanche aurait pu survenir.

Dans tous ces cas, on le voit, comme dans ceux où l'arthropathie a débuté par les os, les maladies de la synoviale seraient consécutives à l'existence d'un épanchement articulaire. Or, ces maladies diffèrent peu (et je signalerai ces différences) de celles qui caractérisent une inflammation, soit aiguë, soit chronique, de cette membrane, et s'établissent d'emblée, c'est-à-dire sans avoir été précédées d'aucune autre lésion des parties environnantes; je vais donc entreprendre de suite la description de ces dernières.

Les exemples d'altération résultant de maladies chroni-

ques des séreuses articulaires ne sont point rares, mais il n'en est pas de même de celles qui accompagnent l'inflammation aiguë. En effet, on a rarement l'occasion d'observer des faits de cette nature à toutes les périodes. J'ai donc été obligé, pour combler cette lacune, de faire des expériences nombreuses sur des animaux, et c'est appuyé sur ces données, et aussi sur quelques exemples d'arthrite traumatique disséquées à différentes époques, que je vais essayer de tracer la marche de l'inflammation aiguë.

Sur plusieurs chiens j'ai ouvert à plein tranchant une et quelquefois plusieurs articulations, afin de suivre les progrès de l'inflammation, et voilà ce que j'ai pu constater, non sans beaucoup de peine, à cause de l'indocilité de ces animaux d'une part, et du peu d'étendue de leurs synoviales d'autre part. Au bout de quatre à six heures, on pouvait déjà apercevoir sur la membrane mise à nu ou en contact avec un liquide irritant une rougeur qui paraissait appartenir plus spécialement au tissu sous-séreux. Après dix heures, la membrane paraissait se dépolir; je n'ai d'ailleurs jamais constaté qu'elle fût *plus sèche* qu'à l'état normal.

Cette sécheresse des séreuses au premier degré de leur inflammation est admise par tous les auteurs, et cependant rien n'est moins prouvé; c'est pour expliquer le bruit parcheminé qu'on a inventé cet état particulier, que n'a jamais d'ailleurs démontré l'expérimentation: ne serait-il pas dû plutôt au dépolissement des surfaces séreuses dû lui-même à la chute du feuillet épithélial, ou, pour parler plus clairement, à la perte de leur état lisse habituel?

Le lendemain, la rougeur paraissait plus superficielle, et surtout comme disséminée par plaques: elle n'était plus uniforme; la surface séreuse était dépolie et recouverte

d'une couche séro-sanguinolente qui devenait bientôt plus abondante.

Après quarante-huit heures, la sérosité commençait à s'épaissir, elle prenait une couleur lie de vin; la synoviale au-dessous commençait à devenir grenue.

Au troisième jour, c'était du véritable pus, mal lié, séreux, qui s'écoulait à travers les lèvres de l'incision; la synoviale, à cette époque, était rouge, d'une manière à-peu-près uniforme; une quantité considérable de sang affluait dans les tissus circonvoisins; et quand, avec un linge, on avait bien épongé la surface séreuse, on pouvait, en regardant à contre-jour, y distinguer de fines granulations que je comparerai à celles que l'on observe sur la face interne des paupières dans les blépharites anciennes, mais toutefois beaucoup moins prononcées; les jours suivans, tous ces phénomènes s'exagéraient, et du cinquième au douzième jour on apercevait sur la couche superficielle de la séreuse, comme une exsudation pseudo-membraneuse, qui m'a semblé contracter des adhérences intimes avec les granulations synoviales décrites plus haut. Plus tard, on commençait à voir la membrane synoviale devenir comme fongueuse, former un véritable chémosis, un bourrelet tout autour des cartilages, qui, au milieu du désordre, conservaient leur blancheur normale.

Dans un cas, où je n'ai sacrifié l'animal que soixante-trois jours après lui avoir injecté de l'alcool pur dans plusieurs articulations, ce qui avait amené une inflammation purulente franche avec abcès circonvoisins, j'ai trouvé ces bourrelets synoviaux empiétant déjà tellement sur les surfaces cartilagineuses qu'elles étaient sur le point de les voiler complétement; toutefois il était possible de les repousser avec la

pulpe du doigt, et l'on voyait que non-seulement ils n'avaient contracté aucune adhérence avec le cartilage, mais encore que celui-ci n'avait subi d'autre altération qu'un léger *dépolissement* et un amincissement notable.

Sur un homme qui fut opéré d'un corps étranger dans l'articulation du genou, et qui, à la suite d'imprudences réitérées, succomba à une arthrite purulente vingt-cinq jours après l'opération (*Bulletins de la Société anatomique*), je constatai les altérations suivantes. La synoviale se présentait comme mamelonnée, couverte qu'elle était par des bourgeons fongueux en grand nombre, rougeâtres, mollasses, siégeant sur un fond rouge finement vascularisé. Quelques-unes de ces fongosités s'avançaient de quelques millimètres sur les cartilages, mais sans y adhérer, formant autour d'eux un bourrelet qu'on pouvait repousser facilement. Les cartilages étaient intacts au-dessous, un pus grisâtre abondant remplissait la cavité articulaire. Cette pièce fut montrée à tous les élèves qui suivaient alors le service de clinique auquel j'étais attaché comme interne. Eh bien! je ne doute pas que dans ce cas l'inflammation de la synoviale n'ait suivi les phases que j'indiquais tout à l'heure. (1)

(1) Je vais donner ici un résumé succinct des expériences que j'ai faites sur des chiens, dans le but d'éclairer ce point obscur de pathologie.

Première expérience. — Sur un chien de haute taille, très vigoureux et bien portant, j'ouvre d'abord à plein tranchant l'articulation tibio-fémorale gauche, et je laisse exposées à l'air les surfaces articulaires. Après deux heures, j'ouvre de la même manière l'articulation tibio-fémorale droite, et voici ce que je constate : pour la gauche, deux heures environ après l'opération, je vois, en essuyant avec précaution les caillots sanguins, que

Nous voici donc arrivés à-peu-près au soixantième jour d'une inflammation de la synoviale marchant régulièrement; résumons en peu de mots toutes ces particularités.

la synoviale est vivement injectée; mais dans son tissu profond, dans son réseau sous-séreux, il s'en exsude une sérosité roussâtre assez abondante, et son feuillet superficiel ne paraît pas participer à la vascularisation sous-jacente.

Au bout de quatre heures, à partir du moment de l'ouverture de l'articulation, l'injection, toujours profonde, est bien plus vive, bien plus apparente; je note avec soin que la synoviale *n'est point sèche*. Après dix heures, l'état lisse de la membrane séreuse commence à disparaître, la sérosité devient un liquide comme plastique; toujours point de sécheresse de la synoviale. L'injection est vive dans le tissu sous-séreux, auquel elle reste toujours bornée; les cartilages gardent leur apparence normale. Le lendemain, c'est-à-dire vingt-quatre heures à partir du début, tout le pourtour de l'articulation est gonflé, et l'animal paraît tellement souffrir, que la seule crainte d'être dérangé lui arrache des gémissemens plaintifs. La surface séreuse n'existe plus comme état lisse et poli; elle est recouverte d'une lymphe plastique, qu'on enlève facilement avec un linge fin. Au dessous, la rougeur est devenue superficielle; mais elle est disséminée par plaques, ce qui forme comme des ecchymoses ou des taches violacées.

Dans le cours de cette journée, je ne note aucun changement remarquable dans les altérations.

Après quarante-huit heures, la lymphe plastique s'épaissit encore et prend une couleur rouge lie de vin; la synoviale paraît comme grenue, la rougeur est toujours disséminée par plaques, qui s'étendent cependant tout autour de l'articulation; on remarque une fluxion sanguine abondante.

Le troisième jour, les douleurs sont devenues atroces. Je n'ai jamais vu dans aucune expérience un animal pousser des cris aussi plaintifs, et qui témoignent d'une douleur aussi profonde. En essuyant et épongeant les matières qui s'écoulent hors de l'articulation, on arrive à voir la synoviale à nu, et en la regardant à contre-jour, on y remarque de fines élévations, qu'on ne peut

Le tissu sous-séreux commence par s'injecter, la membrane elle-même rougit, mais sans qu'on y puisse distinguer d'abord de la vascularisation, le feuillet épithélial se détruit,

encore appeler des granulations. Çà et là on trouve comme des lambeaux de fausses membranes, qui paraissent adhérer en quelques points à la surface synoviale. Enfin l'articulation contient un véritable pus, mais séreux et sans consistance.

Les jours suivans, je remarque que le dépolissement de la surface synoviale devient manifeste de plus en plus, et se caractérise par des granulations qui me semblent formées par le développement de la vascularisation sous-séreuse, et qui sont recouvertes par les exsudations plastiques, qui, dans certains points, y contractent des adhérences intimes.

Le huitième jour, l'animal mourut épuisé par des souffrances atroces, accompagnées d'une fièvre ardente, si on en juge par la vitesse du pouls et la soif violente qui le tourmentait.

L'autopsie me permit de constater tout à mon aise l'état de la synoviale, qui formait autour du cartilage parfaitement intact un léger repli œdémateux tendant à en dépasser les bords. Les granulations paraissaient moins évidentes qu'à l'état de vie. Serait-ce le retrait du sang qui les alimentait? Enfin, les tissus environnans sont gorgés de sang; je ne puis découvrir la moindre trace de vascularisation dans les tissus fibreux. Inutile d'ajouter que j'ai suivi les altérations en même temps sur les deux articulations ouvertes à une distance de deux heures environ.

J'ai souvent répété ces expériences sur d'autres chiens, dont la petite taille n'était pas aussi favorable pour ces minutieuses observations : j'ai même pu les conserver plus long-temps; mais comme je n'ai rien constaté qui ne fût d'accord avec mes premiers résultats, je m'abstiendrai de les rapporter en détail. Je dirai seulement que j'ai vu les granulations se développer à mesure qu'on s'éloignait davantage du moment de l'opération; qu'on voyait alors de véritables fausses membranes se former au-dessus d'elles et s'y joindre; qu'enfin de petits prolongemens tendaient à recouvrir les bords des cartilages.

Deuxième expérience. — Comme, sur les chiens auxquels j'ou-

et dès-lors la membrane se dépolit, devient comme grenue, puis granuleuse, puis fongueuse. Elle sécrète un liquide séro-rougeâtre, puis plus foncé, plus épais, un peu *filant*, qui,

vrais les articulations, je ne pouvais suivre les altérations de la synoviale au-delà du quinzième jour, puisqu'ils périssaient, je résolus d'injecter des liquides irritans dans les jointures, afin de les enflammer, sans faire naître cependant une réaction mortelle. En conséquence, sur un chien de taille au-dessus de la moyenne, à l'aide d'un trois-quarts de trousse, je fis une injection d'alcool pur dans les deux articulations fémoro-tibiales : à l'instant même une vive douleur s'empare de l'animal, qui jette des cris et se débat.

Le lendemain, et jours suivans, l'inflammation et le gonflement sont considérables, l'animal ne veut en aucune manière se décider à marcher. La fluctuation est évidente dans l'articulation. Le dixième jour, l'inflammation est à son apogée, la peau est empâtée, et la synoviale, fortement distendue par le liquide, remonte le long du fémur par une disposition analogue à ce qui existe dans l'homme.

Le quinzième jour, je m'aperçois que la capsule s'est laissée érailler ; du pus peut être senti sous la peau en plusieurs points; j'ouvre ces abcès, dont il sort un pus séreux, grisâtre, et mélangé de grumeaux caséeux.

Les jours suivans, la maladie va en augmentant, la suppuration est abondante et fétide ; l'animal ne peut se traîner, mais cependant il conserve de l'appétit, il mange beaucoup.

Le trente-cinquième jour, j'examine ses articulations avec soin, et je constate un relâchement considérable des ligamens, ce qui permet des mouvemens de latéralité très prononcés. Un léger frottement rugueux annonce que les os commencent à se dénuder.

Enfin, le soixante-troisième jour après l'injection, je sacrifie l'animal, et je constate : 1° que le tibia peut exécuter sur le fémur une semi-rotation, tant les ligamens sont relâchés : on sait combien est serrée cette articulation à l'état normal ; des fusées purulentes se sont fait jour de tous côtés et ont décollé les tégumens ; 2° que la cavité articulaire est pleine d'un pus grisâtre ; 3° que la

vers la fin du troisième jour, devient du pus véritable; quelquefois il se forme comme une pseudo-membrane, qui paraît contracter des adhérences avec la séreuse. Enfin, à une époque plus avancée, on voit les fongosités synoviales tendre à recouvrir les cartilages; elles commencent à les déborder de toutes parts.

J'ajouterai, pour être complet, que le tissu cellulaire environnant l'articulation est vivement injecté, tandis que les cartilages et les tissus fibreux conservent tous leurs caractères physiques normaux. Avant de passer outre, je dirai qu'il est des cas dans lesquels la sécrétion morbide n'a pas, chez l'homme du moins, les caractères que j'indiquais tout-à-l'heure. Ainsi, au lieu d'un liquide séro-sanguinolent, la synoviale sécrète un pus plus séreux qu'à l'ordinaire, qui bientôt se trouble, et contient des flocons purulens; il finit enfin par devenir un véritable pus crémeux. J'ai vu, dans le service de M. Auguste Bérard, en 1839, à l'hôpital Necker, un homme qui avait reçu dans l'articulation du coude droit un coup de pointe de ciseaux, et chez lequel on put suivre jour par jour la nature du liquide qui s'échappait hors de l'articulation. Eh bien! les choses se passèrent comme je viens de le dire : on n'eut heureusement pas l'occasion de vérifier les altérations pathologiques, un traitement bien ap-

synoviale est hypertrophiée; sa surface interne est couverte de fausses membranes, qui empiètent tellement sur les surfaces osseuses que ces dernières sont presque cachées. Toutefois, comme ces pseudo-membranes n'ont pas contracté d'adhérences, on les repousse avec facilité, ce qui permet de constater qu'en plusieurs points les cartilages sont élevés; dans d'autres points ils sont amincis. Au-dessous des fausses membranes, on trouve le tissu sous-séreux facile à reconnaître, il est vivement injecté; 4° les os sont intacts, quoique dénudés.

proprié ayant conduit ce malade à une guérison qui se fit toutefois assez long-temps attendre. Pourquoi cette différence dans la nature du liquide sécrété dès le début? Ici, de la sérosité sans couleur; dans mes expériences, au contraire, un liquide rougeâtre précède l'apparition du pus. Je pense que cette particularité est due à ce que, dans ces expériences sur les chiens, un peu de sang se mêlait au liquide synovial, forcé que j'étais, pour me livrer à un examen scrupuleux, de rompre à chaque instant les adhérences salutaires qui commençaient à se former. Toutefois, M. Velpeau (art. PLAIES DES ARTICULATIONS du Dictionnaire, p. 172) dit que le pus qui s'écoule d'une articulation enflammée est d'abord roussâtre, puis grisâtre, ce qui se rapporterait assez bien avec ce que j'ai observé. Poursuivons : Jusqu'ici l'inflammation était à l'état aigu, elle n'avait pas dépassé le soixantième jour (expérience du chien citée plus haut). Maintenant, toujours à l'aide de pièces pathologiques, plus faciles à rencontrer à cette époque de la maladie, je vais tâcher de compléter l'histoire des lésions de la synoviale. Il est vrai que, lorsqu'un malade affecté de tumeur blanche succombe, ou qu'on se décide à l'amputer, plus de deux mois se sont écoulés depuis le début de l'affection. Mais il est des cas où, la maladie ayant débuté par les os, la synoviale est enflammée depuis peu de temps seulement, et consécutivement à l'affection osseuse, en sorte qu'après de nombreuses recherches, et en rapprochant tous ces matériaux épars, on peut arriver à combler les lacunes et à saisir toutes les phases par lesquelles passe la maladie qui nous occupe, à en faire, en un mot, une description complète.

Or, voici ce que j'ai observé : Les fongosités développées sur la face interne de la synoviale deviennent de plus en plus

apparentes ; elles constituent alors une couche de nouvelle formation qui augmente singulièrement son épaisseur. Mais cette hypertrophie de la séreuse, si mince à l'état normal, n'est point seulement due au développement de ces fongosités, mais aussi à l'engorgement œdémateux du tissu cellulaire qui double cette membrane à sa face externe, œdème qui avait été précédé par une vascularisation considérable, et qui est bientôt suivi d'une induration désignée par les auteurs sous le nom de *lardacée*. A cette période, la synoviale est tellement confondue avec les productions nouvelles, d'une part, le tissu cellulaire induré d'autre part, qu'il serait vraiment impossible d'y retrouver quelque chose d'analogue à son état normal. Cependant, sur une pièce que j'ai actuellement entre les mains, il est possible, en raclant, de mettre en évidence le feuillet séreux, malgré la couche de fausses membranes qui le recouvre. Toutefois, ce n'est pas là le cas le plus ordinaire. En cet état, la synoviale se présente sous l'apparence d'une couenne membraniforme mal limitée, pouvant acquérir, dans certains cas, jusqu'à 1 centimètre d'épaisseur (Voyez obs. 1 et 2) (1).

Le pus versé à cette époque dans l'articulation malade a déjà commencé à altérer la structure des cartilages. On commence à voir les couches pseudo-membraneuses, qui, tout-à-l'heure, formaient un bourrelet autour d'eux, continuer à empiéter de plus en plus sur leur face libre ; naguère

(1) Afin de ne pas interrompre l'enchaînement des idées, j'ai préféré placer les observations qui viennent à l'appui de ce que j'avance à la fin de la partie de ce mémoire qu'elles sont destinées à compléter, en les intercalant dans le texte elle eussent nui à la clarté et à l'ensemble de la description. Il sera facile d'ailleurs de s'y reporter, puisqu'elles sont numérotées et que j'ai soin d'y renvoyer chaque fois qu'il en est besoin.

on pouvait encore les repousser avec le doigt : elles étaient sans adhérences ; maintenant elles commencent à végéter ; elles s'avancent petit à petit à la rencontre l'une de l'autre ; bientôt elles adhèrent, faiblement d'abord, puis davantage, aux lamelles amincies du cartilage, et si à cette époque ce dernier commence à s'éroder, à se perforer à travers ces ouvertures, les fausses membranes vont planter des racines parasites dans l'os dénudé, et trouvent ainsi dans cet organe, dont la vitalité est d'ailleurs augmentée, de nouveaux élémens pour poursuivre leur marche envahissante.

Dès-lors le cartilage inséré entre l'os devenu très vasculaire et cette couche pseudo-membraneuse est résorbé petit à petit, et très lentement, et ce n'est qu'après un laps de temps souvent fort long qu'il disparaît tout-à-fait.

On ne trouve plus, quand à cette période on ouvre l'articulation, qu'une cavité dépourvue de cartilages, et tapissée par une membrane continue, d'une consistance mollasse et d'une couleur rougeâtre, se laissant facilement déprimer, et présentant un aspect de mauvaise nature. Cette disposition a pu seule faire croire aux prolongemens, à l'état normal, de la synoviale sur les cartilages.

Quand la jointure renferme des cartilages inter-articulaires, ils subissent la même destinée que les tissus fibreux extra-articulaires dont je vais bientôt m'occuper.

Telles sont les altérations que l'on observe sur les surfaces synoviales. Parlons maintenant des produits de sécrétion. Nous avons dit précédemment que, lorsque la membrane séreuse était ainsi enflammée, elle versait un véritable pus dont la qualité variait selon les circonstances. Ainsi, tantôt il est crémeux, c'est le cas le plus rare; d'autres fois il ressemble à de la sérosité plus ou moins trouble, lactescente

ou roussâtre, dans laquelle nagent des flocons membraniformes, qui peuvent être, ou des débris de fausses membranes, ou du pus concret. Mais n'y a-t-il pas des cas dans lesquels la synoviale, présentant des fongosités considérables à sa surface interne, et un épaississement notable de sa face externe, il n'existe cependant que très peu de liquide sécrété dans la cavité articulaire? Oui, tous les auteurs ont cité des cas analogues, et c'est plus particulièrement cet état qu'ils ont décrit comme le *fungus articulorum*. Mais si l'on analyse avec attention les observations sur lesquelles ils se fondent pour en faire une maladie à part, celles de Brodie, par exemple, on voit que l'affection avait duré depuis un temps très long, que la synoviale était boursouflée autour des cartilages, presque toujours sains d'ailleurs; on demeure convaincu, en un mot, que le chirurgien anglais décrit sous le nom de *fungus* les lésions pathologiques qui constituent l'inflammation de la synoviale à un état plus ou moins avancé. J'ai donc été amené, par le résultat des expériences citées plus haut, à conclure qu'il faut rayer du cadre nosologique le *fungus articulorum* comme formant une affection à part, et surtout qu'il faut n'en point faire, avec M. Brodie, une maladie spéciale, qu'on rangerait dans la même classe que les squirrhes du foie, et le fongus hématode du testicule (Brodie, *Maladies des articulations*, p. 65), qui serait, en un mot, un véritable cancer de la synoviale. Je n'insisterai donc pas davantage sur cet état fongueux, qu'il faut regarder comme un degré de l'inflammation chronique de cette membrane, et qui n'avait tant frappé les auteurs que parce qu'il ne leur avait pas été donné de suivre la série de changemens qui s'opèrent depuis le début de la maladie jusqu'à sa terminaison.

Jusqu'ici j'ai montré la maladie faisant des progrès et envahissant toujours; mais on conçoit cependant que, sous l'influence de moyens thérapeutiques sagement dirigés, ou que, par les seules ressources de la nature, la maladie, arrivée à ce degré, s'arrête. Que vont devenir les fongosités articulaires? Pourront-elles rétrograder? Ce n'est guère probable. De mollasses qu'elles étaient, elles vont devenir plus fermes, plus résistantes à la pression, et il arrivera enfin un moment où elles passeront à un véritable état d'induration. Elles constituent alors comme des plaques cartilagineuses, très dures, qu'on peut sentir à travers les parties molles, et qui, à cause de la facilité avec laquelle on peut les faire mouvoir en tous sens, ont exposé à des erreurs de diagnostic. Je cite plus loin un des plus beaux cas qu'il soit possible de voir de cette terminaison par induration cartilaginiforme observée sur le vivant: je n'avais jamais eu l'occasion de les examiner sur le cadavre, lorsque dernièrement je trouvai sur celui d'un homme mort avec une arthrite très ancienne du genou plusieurs corps indurés enchevêtrés dans le tissu cellulaire sous-synovial, et d'une dureté assez considérable; quelques-uns étaient même cartilagineux, d'autres présentaient quelques points d'ossifications : on les sentait facilement à travers les tégumens; les uns, très-mobiles et faciles à ébranler, proéminaient dans la cavité synoviale, les autres en étaient placés beaucoup plus loin. D'après les dispositions qu'ils affectaient, évidemment ils auraient pu devenir libres dans l'articulation, et constituer des corps étrangers articulaires.

Je passe actuellement à la description des altérations que subissent les tissus fibreux extra et intra-articulaires : ces altérations sont, pour tous les auteurs anciens et modernes,

réunies à celle des membranes séreuses. Ils pensent que si les séreuses peuvent, dans certains cas, être primitivement malades et communiquer leurs maladies aux membranes fibreuses, celles-ci à leur tour deviendront, dans certaines circonstances, le rhumatisme par exemple, le point de départ du mal; c'est cette erreur, combattue d'ailleurs avec tant de talent par M. Bouillaud (1), mais non encore déracinée, que je vais chercher à détruire, en me fondant sur l'anatomie pathologique et le raisonnement. Ces deux élémens d'organisation si différente devant, ce me semble, se comporter d'une manière tout-à-fait opposée, par rapport aux causes morbides.

Mais, avant d'entamer la discussion, j'ai besoin de dire que je ne méconnais point la liaison intime qui unit les maladies du tissu séreux aux désorganisations du tissu fibreux; je dis seulement que c'est une solidarité qui résulte purement et simplement de leur contact, et que si le tissu séreux enflammé peut engendrer des altérations dans les fibres albuginées, il n'en sera pas de même de ces dernières par rapport aux membranes séreuses : celles-ci sont toujours actives, celles-là toujours passives.

En effet, si nous récapitulons brièvement leurs propriétés respectives en les opposant l'une à l'autre, nous voyons que le tissu fibreux péri et intra-articulaire, composé dans sa structure intime, de fibres albuginées condensées, ne présente point de nerfs; que c'est à peine si on y peut signaler de rares vaisseaux sanguins, et encore faut-il, pour les y démontrer, le secours des injections les plus ténues, et des verres grossissans (la sclérotique, l'albuginée et le périoste

(1) Traité du rhumatisme articulaire. Paris, 1840, in-8.

font seules, parmi les membranes fibreuses, exception à la règle, pour des raisons que je dirai plus loin). Ce tissu est doué, d'ailleurs, d'une sensibilité obtuse, pour ne pas dire nulle.

Les séreuses, au contraire, pourvues de nombreux vaisseaux sanguins et séreux, sont douées d'une vitalité portée à un haut degré; aussi, lorsque l'inflammation s'y manifeste, elle y développe des douleurs atroces.

Qu'y a-t-il donc de commun entre ces deux élémens d'organisation si opposée? Le contact, et c'est là tout. Partout, en effet, où il y a mouvement, nous trouvons des membranes séreuses pour le glissement du tissu fibreux, pour la solidité : voilà la raison pour laquelle on rencontre accolées les séreuses au tissu fibreux, l'arachnoïde à la dure-mère, l'endocarde et le péricarde aux valvules fibreuses du cœur et au sac fibreux qui lui sert d'enveloppe, la synoviale aux capsules et ligamens articulaires, etc. Or, c'est précisément le rapprochement, l'association intime de ces deux élémens qui a jeté la confusion sur le véritable siége de certaines maladies. Ainsi, on dit aujourd'hui encore, d'après l'autorité de Bichat, de Pinel, de M. Chomel, que certaines affections, le rhumatisme, par exemple, ont leur siége dans les tissus fibreux, que c'est par leur inflammation que débute la maladie, et comme l'inflammation du système fibreux ne peut pas se prouver, on ajoute qu'elle est d'une nature spéciale, qu'elle est *sui generis*. Cette manière de voir a passé dans le langage chirurgical, et, comme une bonne partie des tumeurs blanches, ainsi qu'on le sait, débute par une inflammation de nature rhumatismale, les chirurgiens ont adopté des arthropathies débutant par le tissu fibreux.

Quant à moi, les recherches auxquelles je me suis livré

m'ont convaincu de la vérité des idées émises par M. Bouillaud. Je nie donc non-seulement l'inflammation, mais l'altération primitive du tissu fibreux, et je vais succinctement développer les raisons sur lesquelles je m'appuie, après quoi j'examinerai les lésions qu'on y rencontre, et que je regarde comme consécutives.

1° En vain j'ai, par des injections irritantes dans les cavités articulaires, par des dilacérations, essayé de provoquer une inflammation franche des tissus fibreux, je n'ai jamais pu y parvenir; j'ai seulement, dans certains cas, vu ces tissus traversés par quelques vaisseaux qu'on ne rencontrait pas du côté opposé.

2° J'ai inutilement cherché, sur des tumeurs blanches à tous les degrés, à découvrir des membranes fibreuses ou des ligamens injectés, c'est à peine si, dans les cas les plus évidens, j'ai vu quelques rares vaisseaux traverser les fibres albuginées qui les composent. Puis, ne m'en rapportant point à ma propre expérience, j'ai consulté beaucoup d'anatomistes distingués, qui m'ont répondu n'avoir jamais rencontré cette vascularisation dont parlent quelques auteurs.

3° Enfin, dans le *Traité du rhumatisme* de M. Bouillaud, nulle part il n'est question de vascularisation, d'inflammation des ligamens ou autres tissus fibreux : dans la plupart des autopsies, ils sont notés intacts; dans les autres, leur état n'a pas été décrit, probablement alors parce qu'il n'a pas attiré, par ses altérations, l'attention des observateurs.

Mais, objectera-t-on, vous niez l'inflammation des tissus fibreux articulaires : mais il est d'autres tissus fibreux, le périoste, par exemple, la sclérotique, qui sont cependant

susceptibles d'inflammation. Je répondrai d'abord, pour le périoste que ce n'est pas, à proprement parler, une membrane fibreuse, c'est une trame de fibres cellulaires très résistantes, destinée à supporter et à protéger la distribution des nombreux vaisseaux qui nourrissent les os; c'est la pie-mère de ces organes, si je puis ainsi dire, et il suffit d'une injection, même grossière, pour faire pénétrer dans les vaisseaux qui le composent des matières qui démontrent clairement sa structure vasculaire. On n'a jamais pu montrer, dans les tendons ou les aponévroses, quelque chose d'analogue, donc ce ne sont pas des tissus qu'on peut comparer. A-t-on jamais vu l'aponévrose *fascia lata* de la cuisse, ou la capsule orbiculaire de l'articulation coxo-fémorale, présenter une vascularisation semblable à celle du périoste? Je ne sache pas que personne ait songé à mettre dans les aponévroses le siége du rhumatisme; je demande pourquoi, dans l'hypothèse où le tissu fibreux serait le point de départ de cette maladie, ces membranes feraient exception. Si les aponévroses musculaires sont si rarement affectées de désorganisation, c'est que les muscles sont eux-mêmes très rarement affectés. A-t-on jamais placé le siége de la méningite dans la dure-mère, ou de la péricardite dans le feuillet fibreux? Il ne faut donc pas dire que, puisque le périoste est susceptible de s'enflammer, les autres tissus fibreux pourront jouir de cette propriété, et surtout il ne faut point l'assimiler aux ligaments, sous peine de tout confondre en pathologie.

Le même raisonnement est applicable à la sclérotite des Allemands ou à l'inflammation dite rhumatismale de l'œil; ainsi, physiologiquement, la sclérotique, par rapport à cet organe, est une membrane de protection, c'est la charpente

destinée à en soutenir les parties constituantes, qu'on me passe l'expression : elle jouera donc ici le même rôle que l'albuginée par rapport au testicule, que le périoste par rapport aux os, c'est-à-dire que la résistance et la direction parallèle des fibres de cette tunique ont été utilisées pour la distribution des vaisseaux dans la choroïde d'une part, d'autre part dans l'iris et la cornée ; de sorte que admettez un instant que ces dernières membranes soient malades, et vous aurez de suite un afflux plus considérable de sang dans les vaisseaux ; et, comme ses vaisseaux passent à travers la sclérotique, cette dernière semblera se vasculariser, et on la dira enflammée, tandis qu'elle ne participera réellement pas à l'inflammation, au moins dans les premiers temps ; car je ne prétends pas dire que plus tard elle ne puisse subir l'influence d'un afflux de sang aussi considérable dans son tissu.

On peut donc conclure, en résumant cette discussion :

1° Que la fibre albuginée n'est jamais susceptible d'une inflammation primitive ;

2° Que, si quelquefois on voit certaines tuniques fibreuses rougir, se vasculariser, elles ne doivent cette disposition transitoire qu'au passage des vaisseaux dont elles favorisent la distribution ultérieure ;

3° Que les ligamens et autres moyens d'union articulaires n'étant traversés que par de très rares filamens vasculaires, et n'ayant d'ailleurs aucune sensibilité, on ne voit point comment ils pourront être le siége primitif du rhumatisme articulaire, et par conséquent devenir le point de départ de cette arthropathie.

Enfin, et pour terminer, comment faire concorder, dans l'hypothèse de Bichat, de Pinel et de M. Chomel, ces dou-

leurs atroces des arthrites et cette nature si franchement inflammatoire du rhumatisme, avec l'absence de nerfs et de vaisseaux dans le tissu fibreux?

Mais si je nie aux tissus fibreux de pouvoir être le point de départ et le siége des arthrites rhumatismales, est-ce à dire que je ne leur reconnais aucune participation dans les maladies qui affectent les articulations? Non, sans doute; mais je dis qu'elles ne seront que consécutives à celles de la synoviale ou des os, et que, par conséquent, elles ne nous occuperont que comme lésions secondaires, et au même titre que l'érosion, le ramollissement, etc., des cartilages.

Quelles sont donc ces lésions du tissu fibreux proprement dit?

M. Bouillaud (1) s'exprime ainsi : « Les capsules fibreuses et les ligamens, dans le rhumatisme aigu, sont notés intacts dans quelques observations; les autres nous apprennent bien peu de chose : c'est là une lacune qu'il est nécessaire de remplir. « Puis, plus tard, il dit, page 225, qu'à l'état chronique on les trouve épaissis, hypertrophiés, indurés, etc.; mais nulle part il ne parle d'inflammation, de vascularisation, Si on recherche dans les observations publiées par cet auteur, on voit, observ. XVIIIe, page 88, que, chez un individu qui succomba à la suite d'un rhumatisme aigu, on trouva la synoviale presque détruite, et les ligamens articulaires intacts. Dans l'observation XXVIe, page 77, on lit que « la suppuration était abondante dans l'articulation du genou, et que les fibres tendineuses et aponévrotiques étaient dans leur état ordinaire; néanmoins, la plupart parurent un peu moins brillantes. » D'après mes expériences sur les animaux vi-

(1) *Traité clinique du rhumatisme articulaire;* Paris, 1840, in-8°, pag. 219.

vans, et d'après mes dissections de maladies articulaires, je suis encore arrivé ici au même résultat que M. Bouillaud, c'est-à-dire que je n'ai jamais trouvé, ainsi que je l'ai déjà dit ailleurs, de vascularisation très évidente, et, partant, point d'inflammation des ligamens ou capsules fibreuses. Mais j'ai trouvé souvent d'autres altérations que je vais noter.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, j'ai vu quelquefois des vaisseaux dans les ligamens croisés ou les ligamens latéraux du genou, mais c'est là tout; je n'ai jamais pu trouver une véritable arborisation vasculaire, quelques soins que j'aie mis d'ailleurs dans mes recherches. D'autres seront-ils plus heureux? Je l'ignore. Toutefois, je ne demande qu'à voir pour me convaincre.

Souvent, sans que les tissus fibreux présentent d'altérations évidentes, on reconnaît qu'ils n'ont plus cette couleur nacrée, ce brillant qui les caractérise à l'état normal. Ce n'est que le premier degré du ramollissement qui est la lésion que j'ai surtout rencontrée dans les tumeurs blanches anciennes. Elle est caractérisée par un gonflement œdémateux, si je puis ainsi m'exprimer, de la fibre albuginée, qui semble alors comme si elle eût macéré long-temps dans l'eau. Le tissu cellulaire presque invisible qui, à l'état normal, unit les fibres ligamenteuses, est comme gélatineux. Si on tente des tractions sur le ligament ainsi modifié, on le fait facilement céder, et on dissocie alors ses parties constituantes avec la plus grande facilité; à cet état de relâchement, on comprend qu'il ne puisse plus s'opposer à l'écartement des surfaces articulaires.

Enfin, quoique rarement, j'ai noté l'épaississement des parties fibreuses; mais c'est dans les cas où la maladie, passée à l'état chronique, y était, à ce qu'il m'a semblé, arrivée

à pas lents et graduellement. Dans d'autres cas, des observateurs ont trouvé l'induration de ces mêmes ligamens, que j'ai aussi rencontrée une seule fois dans un cas d'ankylose dite incomplète. On sait que, dans les maladies de l'endocarde, l'épaississement et l'induration sont les altérations les plus fréquentes du tissu fibreux, d'après les recherches de M. Bouillaud. Dans les articulations, ce doit être le cas le plus rare, si j'en crois du moins ma faible expérience.

Les tissus fibreux inter-articulaires désignés sous le nom de ménisques ou de fibro-cartilages, subissent les mêmes altérations pathologiques, soumis qu'ils sont aux mêmes agens, et ayant d'ailleurs une structure analogue; seulement, lorsque la maladie a durée un certain temps, ils finissent par disparaître presque complétement, à ce point qu'on n'en retrouve, dans certains cas, aucune trace; ce qui tient probablement à ce que leurs attaches au squelette sont moins fixes que celles des ligamens.

Je me suis souvent demandé, en réfléchissant aux différences d'altérations que subit le tissu fibreux accolé aux séreuses enflammées dans les divers points de l'économie, si elles ne seraient point dues à ce que, dans certains cas, les liquides sécrétés, produits de l'inflammation, se trouvaient plus ou moins directement en contact avec la fibre albuginée, comme dans les tumeurs blanches, et y exerçaient une action chimique; tandis que, dans d'autres cas, les tissus fibreux sous-jacens échappaient à cette cause, dans l'endocardite, par exemple.

N'aurions-nous pas là, en un mot, l'explication de ce phénomène si différent, mais si constant cependant, le ramollissement du tissu fibreux des articulations, et l'induration ou l'épaississement des valvules du cœur?

Telles sont les altérations que subissent les capsules et les ligamens intra et extra-articulaires.

Les tendons musculaires, lorsqu'ils passent très près des articulations malades, comme au coude-pied, au genou ou au poignet, sont atteints des mêmes lésions.

Quant au tissu cellulaire péri-articulaire, il devient le siége d'une phlegmasie plus ou moins intense qui tantôt se termine par induration, d'autres fois par suppuration; et alors on trouve une multitude de petits foyers purulens, de la grosseur d'un pois ou d'une noisette, semés çà et là au pourtour de l'articulation malade, mais sans communication directe avec elle.

J'ai omis à dessein, dans la description des caractères pathologiques de la synoviale, de parler de ce que M. Brodie désigne sous le nom d'*ulcération* de la synoviale. Il admet que cette ulcération peut, dans certains cas, être primitive.

Après avoir lu et relu avec attention les deux observations, d'ailleurs très incomplètes, que cite à l'appui de son opinion le chirurgien anglais, et les réflexions qui les accompagnent, je suis resté convaincu qu'il s'était glissé dans ces faits quelque erreur de diagnostic que je n'ai pu découvrir. Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune fille « qui tombe et se fait une *entorse* à la hanche. Elle éprouve des frissons, se met au lit, et meurt précisément une semaine après l'accident. A l'autopsie, on trouva du pus dans l'articulation coxo-fémorale, et la synoviale était détruite par une ulcération dans l'étendue d'environ un shilling. »

Dans le deuxième, « c'est un homme d'âge moyen, qui avait reçu une contusion à l'épaule. Il se plaignait d'une forte douleur en cette région, lorsqu'il entra à l'hôpital; mais

sa maladie principale était un typhus, dont il mourut peu de jours après.

« A l'autopsie, on trouva une demi-once de pus liquide dans l'articulation scapulo-humérale ; la synoviale, enflammée, était détruite par ulcération dans l'étendue d'un sixpence environ » (Brodie, *Maladies des articulations*, page 50).

Je livre au lecteur, telles quelles et sans réflexions, ces deux observations, sur lesquelles se fonde M. Brodie pour établir ce qu'il appelle l'ulcération primitive de la synoviale. Comment l'auteur la conçoit-il ? Veut-il dire qu'il peut s'établir d'emblée sur la synoviale une inflammation ulcérative, dont les progrès détermineraient une sécrétion purulente dans l'articulation et la perforation de la membrane? Dans ce cas, je laisse à de plus intelligens que moi l'explication d'un phénomène de cette nature.

Ou bien pense-t-il que la sécrétion du pus trouvé dans l'articulation a causé l'ulcération ? Mais alors cette dernière n'est plus primitive, elle est consécutive à l'apparition du pus ; et, dans cette hypothèse, nous rentrons dans des faits bien connus et que je vais exposer.

Nous avons vu que, par les progrès de l'inflammation, la synoviale s'hypertrophie au point d'acquérir jusqu'à 1 centimètre d'épaisseur (observ. 1 et 2): on comprend, dès-lors, la difficulté qu'auront les liquides sécrétés dans sa cavité à se frayer une route au dehors. Cependant, nous trouvons dans l'observation n° 2 un fait de cette nature : dans ce cas, le cul-de-sac synovial, considérablement distendu par le pus, remontait très haut sous le triceps, et s'était rompu (je n'ose même pas dire ulcéré) à son sommet, de sorte que le liquide contenu dans l'articulation était épanché entre les muscles et

l'os, puis s'était fait jour au dehors par deux ou trois orifices fistuleux. Il faut donc, pour que dans de telles circonstances cette rupture ait lieu, que la séreuse articulaire soit distendue par le pus.

Mais, il est cependant des cas dans lesquels un liquide purulent, en contact avec la synoviale, peut très rapidement l'ulcérer (et ici je me sers à dessein de cette expression), de la même manière que, dans un furoncle ou un abcès sous-cutané, la peau qui le recouvre rougit, puis devient violacée, et enfin est ulcérée pour le passage du pus.

J'ai l'observation d'une jeune fille, couchée au n° 8 de la salle Sainte-Catherine, service de M. Velpeau, chez laquelle une collection purulente, formée rapidement dans le genou à la suite d'une amputation, avait perforé le cul-de-sac de la membrane synoviale, et s'était épanchée entre le triceps et le fémur, qu'elle avait dénudé jusqu'auprès du grand trochanter. A l'autopsie, on trouva que la séreuse n'était que médiocrement enflammée, et, dans le point culminant de son cul-de-sac, qui n'était point hypertrophié, on pouvait voir une véritable ulcération, à bords irréguliers, de la largeur d'une pièce de vingt sous.

Dernièrement, causant de ce fait avec M. Nélaton, cet habile chirurgien me cita un cas analogue observé dans le service de M. Roux; seulement la perforation avait été beaucoup plus rapide encore.

Ces ulcérations de la synoviale, de dedans en dehors, consécutives à un épanchement purulent dans une articulation, sont donc possibles, mais elles sont rares dans les tumeurs blanches qui ont débuté par la synoviale : rares, parce que, d'une part, quand la membrane est épaissie, ce qui est le plus ordinaire, le pus a de la peine à la perforer; parce que,

d'autre part, il n'est pas commun de voir ainsi survenir des épanchemens rapides dans une jointure. Cependant on a souvent, va-t-on dire, l'occasion de constater des fistules dans les maladies articulaires. C'est vrai; mais c'est alors que la maladie est ancienne, et que les os sont altérés: aussi essaierai-je de prouver plus loin que les fistules se rattachent plus spécialement aux lésions du squelette. Quant aux perforations de la synoviale de dehors en dedans par des suppurations extra-articulaires, elles sont également possibles. M. Velpeau en cite une observation dans les *Leçons cliniques sur les tumeurs blanches*, et le malade ayant succombé, on put vérifier à l'autopsie l'exactitude de ce fait, dont on avait pu suivre les diverses phases pendant la vie.

Telles sont les diverses altérations dont sont susceptibles les synoviales articulaires. Je vais essayer de les interpréter, d'en faire la physiologie pathologique, et chercher en même temps à en tirer quelque parti pour la séméiologie.

Qu'on ne s'attende point, toutefois, à me voir décrire les symptômes des arthropathies ayant pour point de départ la synoviale: je dépasserais les bornes que je me suis imposées, me réservant d'ailleurs de reprendre plus tard ce travail, pour lequel j'amasse des matériaux depuis cinq années passées dans les hôpitaux en qualité d'interne.

Nous avons vu que, dans la première période inflammatoire, la synoviale verse dans l'articulation malade un liquide sur la nature et la quantité duquel nous nous sommes expliqués. Or, ce liquide, dans les articulations superficielles, peut quelquefois être perçu par le toucher. On le reconnaît à une fluctuation manifeste: ainsi, au genou, il soulève la rotule, comme il est si facile de s'en assurer dans le rhumatisme aigu ou dans l'hydarthrose.

Mais, dans les articulations profondes, il n'est pas permis de le reconnaître par ce moyen : on sait tous les débats auxquels a donné lieu cette accumulation de liquide, admise dans les coxalgies par J.-L. Petit. L'observation de M. Lesauvage, publiée dans les *Archives*, année 1825, a mis hors de doute ce fait, que l'analogie, d'ailleurs, devait faire prévoir. On comprend que cette accumulation de liquide dans les articulations serrées doit, en éloignant les surfaces articulaires, donner lieu à des phénomènes d'allongement, etc., que je ne ferai que signaler.

A un degré plus avancé, l'épaississement de la synoviale se caractérisant plus ou moins, on peut, dans les articulations superficielles, le reconnaître à la vue d'abord, puis au toucher.

Ainsi, si la maladie siége au genou, la peau, sur les côtés du tendon rotulien, est soulevée, les fossettes sus-rotuliennes sont effacées, et en saisissant à pleine main et transversalement le muscle triceps, on constate qu'il est soulevé par le repli de la synoviale plus ou moins hypertrophié. Sur les côtés de la rotule et en bas, il est permis d'apprécier les tumeurs mollasses formées par les fongosités synoviales, qui, en ce point, trouvant moins de résistance, tendent à se porter à l'extérieur. Ces fongosités simulent quelquefois si parfaitement la fluctuation, que j'ai vu les chirurgiens les plus expérimentés s'y méprendre, et y pratiquer des ponctions d'où il ne sortait que du sang et de la sérosité. Ces végétations forment, à l'articulation radio-carpienne, comme un bracelet ; au coude-pied, elles effacent les creux sous-malléolaires, et font saillie à la partie antérieure, etc.

Dans les cas cités plus haut, d'induration par plaques de

la séreuse, on a pu quelquefois s'en laisser imposer par ces noyaux, durs et mobiles cependant, que peut présenter cette membrane enflammée chroniquement, et croire à des corps étrangers articulaires. Lorsque j'étais interne dans le service clinique de M. Velpeau, en 1842, il se présenta à la Charité un homme portant, au-dessus de la rotule du genou droit et profondément situées sous le triceps, plusieurs plaques assez bien isolées et mobiles, que plusieurs médecins, d'ailleurs très instruits, qui suivaient la visite, prirent pour des corps étrangers.

Ce malade fut donné pour sujet de leçon clinique à M. A. Bérard, qui fit une brillante improvisation, dans laquelle il rapporta avoir déjà vu plusieurs faits analogues, notamment avec M. Marjolin. J'avais d'ailleurs, quelques mois auparavant, entendu M. Velpeau nous professer des idées semblables, qui m'avaient mis à même de reconnaître cette affection dans le cas particulier que je viens de mentionner. On sent combien, ici, une erreur de diagnostic pourrait avoir de graves résultats, si on se déterminait à enlever ces prétendus corps étrangers.

Rarement on observe dans cette variété de tumeurs blanches cette crépitation due au frottement des surfaces osseuses dénudées : en effet, la synoviale les recouvre presque toujours de ses végétations membraniformes avant que les cartilages soient complétement résorbés, et cette interposition de fongosités aux extrémités articulaires ne permet pas de percevoir ce léger bruit qui caractérise plus spécialement les arthropathies des parties dures. Le ramollissement, et, par suite, la laxité de la capsule et des ligamens, nous expliquent ces mouvemens anormaux qu'on peut faire exécuter aux articulations atteintes de cette affection. Cette

laxité peut même, dans certains cas, permettre de véritables luxations, comme on l'observe au genou, à la hanche, et pour produire ce résultat, il n'est pas nécessaire que les surfaces articulaires soient détruites ou même érodées. Sur un chien cité (expérience 2e), j'ai injecté, à l'aide d'un trois-quarts de trousse, de l'alcool pur dans l'articulation tibio-fémorale gauche; au bout d'un mois et demi, la synoviale était fortement distendue par le pus, et les ligamens tellement relâchés, que la portion inférieure du membre pouvait décrire sur le fémur une semi-rotation à droite et une semblable à gauche: or, on sait combien cette articulation est serrée à l'état normal chez cet animal. L'autopsie, faite quinze jours plus tard, démontra que les ligamens étaient considérablement ramollis et allongés, mais nullement détruits ou rompus.

Je me suis souvent demandé pourquoi, dans les tumeurs blanches anciennes du genou, le pied était presque toujours tourné au dehors et incliné en bas, le tibia ayant d'ailleurs exécuté un léger mouvement de rotation sur son axe. Or, je suis fortement porté à croire que, quand ce phénomène se présente, et il est très fréquent, il est dû à ce que les ligamens latéraux de l'articulation fémoro-tibiale ramollis ne peuvent plus s'opposer à ce que le poids du pied entraîne la jambe dans cette rotation en dehors; la pesanteur des couvertures pourrait bien aussi s'ajouter à cette cause première et qui est permanente.

J'ai vu beaucoup de malades se plaindre non pas de douleurs générales, alors que cependant ils avaient le genou énormément tuméfié et bosselé, mais de souffrances parfaitement limitées et qui correspondent le plus ordinairement au condyle interne, à l'épine du tibia ou à la partie inférieure

de la rotule. J'en appelle à tous les praticiens concernant l'exactitude de cette observation.

Or, ce fait étant constaté, n'est-il pas permis de penser que, chacun de ces points correspondant précisément à une insertion ligamenteuse, cette douleur fixe et continue est due au tiraillement perpétuel qu'exercent les ligamens sur la partie osseuse correspondante dans ces positions forcées que prend la jambe, comme la flexion suite de la rétraction des muscles fléchisseurs, comme la rotation du tibia entraîné qu'il est par le poids du pied? Je n'ai pas observé de phénomènes semblables dans les autres articulations, peut-être parce que mon attention n'était pas éveillée sur ce point. Je ferai remarquer toutefois qu'il est peut-être plus important à noter qu'on ne se l'imaginerait de prime abord. J'ai vu, en effet, des praticiens rattacher ces douleurs fixes et continues à une maladie du squelette, et spécialement aux tubercules des os, et si l'explication que je donne de ce phénomène est exacte, et, d'après les autopsies, elle me paraît incontestable au moins en ce qui concerne les tubercules, elle simplifie le diagnostic et n'est pas sans influence sur le traitement.

Il me resterait à parler de beaucoup d'autres symptômes encore, qui s'expliquent par les dispositions d'anatomie pathologique signalées précédemment, telles que la rétraction musculaire qui met les articulations dans des positions à-peu-près constamment les mêmes, l'engorgement œdémateux de la portion du membre situé au-dessous de la jointure malade, et qui est dû à la compression des vaisseaux passant dans le tissu péri-articulaire induré et lardacé, etc., etc. Mais tous les auteurs ayant insisté sur ces différens points, qui me paraissent d'ailleurs bien éclaircis, je me hâte de passer à la description des altérations du sque-

lette, après avoir, toutefois, donné les deux observations qui suivent, et qui sont des exemples de tumeur blanche ayant leur point de départ dans la synoviale, ces deux cas devant d'ailleurs servir de preuve à ce que j'ai avancé dans la première partie de ce mémoire.

I[re] OBSERVATION. — *Tumeur blanche du genou; amputation; examen de la pièce anatomique; réflexions.* — Lépine, âgé de quinze ans, imprimeur, d'une faible constitution, chétif et d'une maigreur extrême, dit cependant n'avoir fait aucune maladie sérieuse. Avant l'affection dont il est actuellement atteint, il était bien portant, mangeait et dormait bien. De temps à autre il toussait, mais il n'a jamais craché de sang. L'auscultation ne fait d'ailleurs rien découvrir dans la poitrine. Il raconte qu'il y a six mois, sans pouvoir assigner une cause au début de sa maladie, il fut pris de légères douleurs dans le genou, qui dès cette époque commença à se gonfler. Il put cependant continuer son travail environ deux mois, souffrant toujours et ayant de la difficulté à marcher.

Mais bientôt l'augmentation des douleurs le força à entrer à l'hôpital Saint-Antoine, où le repos, les ventouses, et un vésicatoire, calmèrent son mal; il sortit et reprit son genre de vie habituel.

Mais deux mois après il fut obligé d'entrer à l'Hôtel-Dieu, où on lui appliqua des cautères, puis un vésicatoire qui lui couvrait tout le genou. Après un assez long séjour à l'Hôtel-Dieu, il sortit sans être guéri, et rentra à l'hôpital de la Charité le 12 avril 1843.

État actuel. — Santé générale affaiblie, ainsi que je l'ai dit plus haut. La jambe droite est fléchie sur la cuisse, le pied est légèrement dévié en dehors, et considérablement

gonflé et œdémateux. Le genou est complétement déformé; il est beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal; la peau est tendue, rouge et luisante; sous ce rapport, ce ne serait point une *tumeur blanche*. La sensibilité y est considérablement exaltée, la plus légère pression détermine de la douleur. La rotule est fortement déjetée en dedans et comme luxée : il en résulte que le côté externe de l'articulation est repoussé en dehors. Une ouverture existe dans le point où on a appliqué le cautère. Si on place les mains sur le genou, on perçoit une fluctuation évidente, et la rotule est fortement écartée par le liquide des condyles fémoraux. Une petite quantité d'un pus jaunâtre s'écoule par l'ouverture décrite plus haut lorsqu'on exécute des pressions.

La synoviale distendue par le pus soulève le triceps, et remonte jusqu'au quart inférieur de la cuisse; on sent manifestement qu'elle est épaissie. La même sensation existe sur les côtés du tendon rotulien, au-dessus de la crête tibiale antérieure.

Le tissu cellulaire du jarret est engorgé, et présente une assez grande résistance à la pression.

Si, au niveau des condyles du fémur, on déprime les parties molles, et que, dans l'enfoncement laissé par la pression lente des doigts, on applique les deux branches du compas d'épaisseur, on ne trouve aucune augmentation de volume sensible d'après l'examen comparatif fait sur celui du côté opposé. Même résultat pour le tibia.

L'amaigrissement de la cuisse et la flaccidité des muscles permettent de constater que le corps du fémur n'est point gonflé ni douloureux, non plus que celui du tibia.

Le malade n'a d'ailleurs jamais éprouvé de douleurs ni dans la hanche ni dans l'articulation tibio-tarsienne.

Les mouvemens de la jambe sur la cuisse ne sont pas aussi douloureux qu'auraient pu le faire supposer la rougeur et la sensibilité de la peau. Les mouvemens de latéralité sont si étendus, qu'on peut faire décrire au pied et à la jambe presque un demi-cercle, dont le centre serait à la tête du tibia. Le frottement des deux surfaces articulaires du tibia et du fémur ne donne lieu à aucune sensation de rugosités.

D'après ces données, je crois pouvoir diagnostiquer une arthropathie ayant débuté par la synoviale, et je pense qu'il y a dans l'articulation une grande quantité de pus, que la synoviale est fongueuse et épaissie, les cartilages encore intacts, en grande partie du moins, et les os peu malades. Je pense aussi que la facilité des mouvemens latéraux, et la luxation incomplète de la rotule, annoncent un grand relâchement des ligamens.

L'amputation est pratiquée le 22 avril dans la continuité du fémur. La coupe de l'os est parfaitement saine.

Le malade, après avoir passé huit jours dans des alternatives de bien et de mal, succombe, avec un dévoiement que rien ne peut arrêter, le 30 avril. (Je passe sous silence à dessein, les détails de l'observation, qui n'auraient, dans cette circonstance, aucune importance.)

Examen de la pièce anatomique. — Tout le tissu cellulaire du creux du jarret est converti en un tissu lardacé fongueux.

Les ligamens articulaires et la capsule fibreuse sont comme ramollis par un acide; on dissocie leurs fibres avec la plus grande facilité. Ils présentent au milieu de leur tissu quelques vaisseaux sanguins. La synoviale est ouverte par le côté externe: à ce moment, un flot de pus verdâtre s'écoule

par l'incision; je projette avec ménagement un filet d'eau dans la cavité articulaire pour entraîner tous les flocons albumineux; j'examine l'intérieur de l'articulation, et je constate : 1° que la synoviale est considérablement épaissie et hypertrophiée, surtout dans la portion qui se réfléchit sous le triceps. La surface externe est unie et confondue avec les tissus fibreux. Quant à sa face interne, elle est parsemée de petits bourgeons mamelonnés, fongueux, rougeâtres, et comme imbibés de sang. Elle envoie sur les cartilages des prolongemens qui forment tout autour d'eux un bourrelet analogue à celui que l'on remarque autour de la cornée, dans certaines conjonctivites œdémateuses. Mais ces bourrelets, qu'on peut repousser avec le doigt, n'ont encore contracté aucune adhérence avec le cartilage. Ils sont d'ailleurs vivement injectés en rouge violacé. Les cartilages semi-lunaires commencent à disparaître; ils sont ramollis et gonflés.

2° Les cartilages se présentent avec tous leurs caractères physiques normaux; quoique plongés au milieu du pus, ils sont blancs et tout aussi brillans qu'à l'état normal; seulement ils sont visiblement amincis, et en quelques points laissent voir par transparence le tissu osseux sous-jacent. Le scalpel, enfoncé dans leur intérieur, n'en est pas repoussé par l'élasticité habituelle à ces lamelles, qui d'ailleurs n'adhèrent que peu aux surfaces osseuses dont je les détache avec facilité.

3° Les os au-dessous d'eux ne paraissent point malades; cependant, sur la surface articulaire du tibia, le tissu osseux semble un peu ramolli : le scalpel y pénètre avec facilité, ce qui n'a point lieu sur les condyles du fémur.

Le périoste, un peu épaissi sur l'extrémité inférieure du

corps du fémur, se laisse arracher avec plus de facilité qu'à l'ordinaire, et de la surface de l'os dénudée des trous nombreux laissent suinter des gouttelettes de sang.

Le fémur est fendu longitudinalement; on n'y trouve aucune altération bien évidente, ni dans la diaphyse ni dans l'épiphyse, encore séparées l'une de l'autre. Toutefois, il est gorgé de sang, et les cellules paraissent beaucoup plus larges. Les mêmes phénomènes se présentent pour le tibia; enfin, la rotule, qui est trouvée fortement déviée en dedans, ne présente rien à noter.

Telles sont les altérations qu'on rencontre dans le genou.

A l'autopsie du corps, nous trouvâmes des tubercules disséminés en grand nombre dans le poumon droit; le mésentère était criblé de ganglions tuberculeux, et l'intestin d'ulcérations. L'articulation coxo-fémorale ne présentait rien d'anormal, non plus que le fémur, qui était seulement enflammé dans l'endroit où avait porté la section de la scie.

Après avoir fait macérer les os pendant près de trois mois, je les ai examinés de nouveau pour mieux constater leur altération, une fois dépouillés des parties molles. Or, voici ce que j'ai trouvé : le fémur est comme criblé de trous à sa surface; l'extrémité articulaire ne présente presque plus de substance compacte, elle est réduite à une lamelle très mince, qui, en quelques endroits même, laisse à nu les cellules spongieuses de l'épiphyse. Le tibia se présente avec la même apparence.

Je noterai, pour ce dernier os, que cette apparence de vermoulure que lui donnent les nombreux trous dont est criblée sa surface n'existe qu'auprès de son extrémité articulaire avec le fémur. Enfin, çà et là, sont semées quelques

sécrétions périostales; on les constate surtout dans la partie du fémur recouverte par les replis synoviaux.

Réflexions. — J'ajouterai peu de chose à cette description, qui montre :

1° Une tumeur blanche ou artropathie ayant débuté par la synoviale; les os commençaient à participer à la maladie, et il n'est pas douteux que si le sujet eût vécu plus longtemps, ils n'eussent fini par s'altérer profondément.

2° Un relâchement tel dans les ligamens que les surfaces articulaires s'éloignaient sensiblement l'une de l'autre. Cette quantité de liquide accumulé avait luxé la rotule; le tibia n'aurait peut-être pas tardé à se luxer lui-même en arrière, comme je l'ai observé quelquefois; ce relâchement est un effet mécanique. On le voit quelquefois survenir dans l'hydarthrose ancienne et considérable.

3° L'hypertrophie de la synoviale appréciée pendant la vie et vérifiée par l'autopsie.

4° Enfin, l'amincissement et l'absence de vascularisation des cartilages.

IIe OBS. — Salle Sainte-Vierge, n° 41. — *Tumeur blanche ancienne; synovite rhumatismale avec ostéite secondaire; rupture de la synoviale; examen de la pièce pathologique; réflexions.* — Feuillard (Léon), âgé de vingt-trois ans, serrurier, paraît avoir toujours joui d'une bonne santé. Il n'a été malade qu'une seule fois, c'était dans la poitrine, cela lui dura trois semaines, depuis il n'a plus toussé. Il y a cinq ans il vint à Paris, où il travailla dans un atelier humide; son étau était placé près de la porte, de sorte que chaque fois qu'on l'ouvrait, il sentait le vent lui souffler dans les jambes. A cette époque il fut pris de violentes douleurs dans le poignet, le coude, et principalement le coude-pied et le

genou droits. Toutefois il ne fut pas obligé de s'aliter ; mais un jour, s'étant mis à genou par hasard pour ramasser quelque chose, il fut étonné de ne pouvoir se relever, tant la douleur qu'il éprouva dans l'articulation tibio-fémorale droite était violente. C'est à grand'peine qu'il put retourner chez lui, où il se coucha, et ne put de huit jours mettre le pied par terre.

Ayant voulu reprendre son travail, les souffrances redevinrent plus violentes qu'avant, et il alla alors à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Depuis ce moment, c'est-à-dire depuis dix-huit mois environ, il a toujours eu des douleurs sourdes, qui parfois se calmaient, mais jamais d'une manière complète. Son genou, toutefois, était devenu plus volumineux ; or, ce malade avait entendu parler de M. Guérin comme guérissant les difformités ; il fut donc le trouver ; ce médecin lui fit, dit-il, une ponction, et il sortit une grande quantité d'*eau rousse*. Huit jours se passèrent, une semblable fut pratiquée, puis une troisième qui ne fournit aucun liquide. On lui comprima le genou et il fut renvoyé. Quelque temps après, n'éprouvant aucun soulagement, il revint trouver M. Guérin, qui alors, voyant probablement l'articulation trop malade, lui conseilla d'entrer dans un hôpital.

Il se présenta à nous dans l'état suivant : le genou, uniformément gonflé, est sans rougeur à la peau. Il n'y a d'ailleurs que peu d'œdème aux parties molles. Il est plus gros que celui du côté opposé d'environ 4 centimètres en circonférence. Les saillies et les dépressions ordinaires sont effacées. Si maintenant on palpe le genou, on reconnaît qu'au-dessus de la rotule il existe un empâtement qui donne une sensation assez prononcée de fluctuation ; mais, en y faisant attention, on voit bientôt que cet empâtement appartient à la sy-

noviale épaissie et fongueuse, car il est impossible quelle que soit la pression qu'on exerce, de le faire disparaître. Sur les côtés du tendon rotulien, même phénomène. La rotule est manifestement soulevée par un liquide, et en la déprimant du côté des condyles du fémur, on sent le liquide déplacé fuir sur les côtés de l'articulation.

Au niveau du condyle interne du tibia, là où cet homme dit avoir beaucoup souffert depuis le commencement de sa maladie, on trouve une petite tumeur de la grosseur d'une noix, fluctuante, et dont le liquide ne paraît pas communiquer avec celui de l'articulation.

Tout autour de la collection on trouve un rebord saillant et dur, qui semble appartenir à une hypertrophie de l'os.

Si on imprime au genou des mouvemens de flexion et d'extension, ils sont possibles, mais douloureux ; on ne sent point d'ailleurs de craquemens bien manifestes.

Mais outre ces mouvemens un peu bornés par la douleur, on peut en imprimer au genou latéralement, mouvemens anormaux qui tiennent sans aucun doute au relâchement que les ligamens articulaires ont dû subir. Le pied a d'ailleurs de la tendance à se porter de lui-même en dehors.

Je cherche maintenant à constater l'état des os comparativement avec ceux du côté opposé. Le corps du fémur, qu'on peut très bien sentir à travers les muscles amaigris et flasques qui le recouvrent, ne présente aucune bosselure le long de sa diaphyse : les mouvemens de l'articulation coxo-fémorale sont libres. Si après avoir pendant long-temps pressé les parties molles au niveau des condyles du fémur, afin d'en expulser l'œdème, on applique, alors qu'on les sent presque à nu, le compas d'épaisseur ; ils ne présentent point

d'augmentation sensible de volume comparés avec ceux du côté opposé.

La rotule non plus.

Mais si on applique au tibia les mêmes moyens d'exploration, on reconnaît bientôt qu'il nous donne 1 centimètre de plus que celui du côté opposé, mesuré transversalement au niveau de ses condyles. En examinant le corps de l'os jusqu'au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, on ne trouve dans la mensuration comparative que si peu de différence, que je crois prudent de ne pas la mentionner. Je dirai cependant qu'à en juger à l'œil, elle paraîtrait très grande.

Les mouvemens de l'articulation eux-mêmes sont libres et sans douleur. Le malade me dit cependant qu'il sent souvent des élancemens dans cette partie, qui alors se tuméfie et s'engorge.

Voilà pour les symptômes anatomiques.

Quant aux symptômes rationnels, il nous dit qu'il lui est actuellement impossible de se tenir sur la jambe, non-seulement à cause de la douleur, mais parce qu'elle vacille. Il en souffre continuellement, mais surtout la nuit. Il a bon appétit d'ailleurs, et sa constitution ne semble pas altérée profondément, quoiqu'il ait maigri. La cuisse du côté malade semble cependant être moins volnmineuse que celle du côté sain. Le pied est toujours un peu gonflé, œdémateux. La respiration s'entend partout, elle est à l'état normal. Le cœur est plus volumineux qu'à l'état normal ; je constate un bruit de souffle au premier temps, qui se prolonge dans l'aorte et s'apprécie avec la plus grande facilité.

On traite le malade d'abord par les cataplasmes et les frictions d'onguent napolitain. Puis on exerce à l'aide de bandelettes de diachylon une légère compression résolutive sur

l'articulation. Ce pansement est renouvelé tous les quinze jours. Au bout de deux mois de repos, aucune amélioration ne se manifeste ; il s'est formé petit à petit un foyer purulent à la partie supérieure et externe du tibia. On ouvre ce foyer avec le bistouri, et il en sort une grande quantité de pus couenneux et verdâtre. Quelque temps après un deuxième abcès se forme.

Puis tout-à-coup et sans cause appréciable on voit le genou se tuméfier, la peau devient rouge, luisante, œdémateuse, le malade perd l'appétit, a de la fièvre, sa physionomie s'altère, il perd le sommeil et souffre beaucoup.

En cet état on désespère de la guérison, et on propose au malade l'amputation, qu'il accepte.

Elle est pratiquée après toutefois que cette bouffée inflammatoire est apaisée.

Examen de la pièce anatomique. — La peau, disséquée avec soin, se présente partout dans son état normal ; quant à ses adhérences avec les tissus sous-cutanés, on y remarque plusieurs ouvertures fistuleuses, une, entre autres, au niveau du condyle interne, une autre en dehors, et une autre en haut et en dedans. Le tissu cellulaire est très peu œdématié et engorgé. Au-dessous de lui on trouve les tendons qui environnent l'articulation sur les côtes et en arrière, puis le triceps et son tendon rotulien en avant, altérés dans leur couleur et leur densité. Ils sont pâles, ternes et d'une consistance très faible.

La capsule fibreuse articulaire et le tissu cellulaire qui l'environne sont changés en une espèce de tissu lardacé ; on a beaucoup de peine à séparer cette capsule de la synoviale sous-jacente. Toutefois, voici dans quel état on trouve la face externe de la synoviale : sous le triceps, dans l'endroit où

elle se réfléchit sous ce muscle, elle se présente sous l'aspect d'un bourrelet saillant qui a acquis une certaine consistance, et qui, par son volume, pouvait parfaitement être senti à travers la peau, ainsi qu'on l'avait constaté pendant la vie et après la dissection. Dans la partie supérieure et externe se trouve une ouverture qui a donné passage à la matière purulente contenue dans l'articulation, laquelle a fusé sous le triceps qu'elle avait décollé, et s'était ainsi creusé un vaste foyer qui était limité par le fémur et la face profonde du vaste interne. Ce bourrelet, incisé du haut en bas, présente une épaisseur d'environ 1 centimètre dans quelques points. La tranche a un aspect lardacé; la couleur en est blanche, friable sous le doigt; la consistance rappelle un peu celle du tissu encéphaloïde; de chaque côté du tendon rotulien, on observe un petit bourrelet faisant saillie en ce point, et présentant les caractères du cul-de-sac synovial que nous venons de décrire: ce sont des fongosités qui proviennent du boursouflement de la séreuse articulaire. Celui de la partie interne est perforé d'une ouverture fistuleuse communiquant avec celle qui existait à la peau, et qui communique, d'autre part, avec la cavité articulaire.

Les ligamens latéraux du genou, perdus au milieu de ce désordre, sont relâchés, ramollis; on en dissocie facilement les fibres, qui sembleraient avoir macéré dans un liquide légèrement acidulé, tant ils sont gélatineux. Je ne puis découvrir dans leur intérieur le moindre vaisseau sanguin.

J'examine maintenant la surface interne de la synoviale. Elle est comme hérissée d'une foule de mamelons fongueux, d'une couleur rougeâtre, d'une consistance mollasse, s'affaissant avec facilité sous la pression la plus légère. Si on gratte ces fongosités, on les enlève comme les fausses mem-

branes qui se développent sur la plèvre dans les pleurésies; mais on n'arrive pas d'une manière bien nette sur le feuillet séreux.

Les surfaces articulaires sont couvertes complétement par les fongosités, de sorte que la cavité articulaire présente partout la même apparence. Si on cherche à enlever ces pseudo-membranes qui couvrent les os, on voit qu'elles adhèrent intimement aux cellules de l'os dans lequel elles plongent leurs racines. Les cartilages n'existent plus; cependant il est permis d'en retrouver une portion extrêmement amincie sur le condyle interne du fémur, auquel elle adhère encore fortement. Elle est interposée entre les fongosités et l'os, de sorte qu'il est facile de voir que ce n'est pas de l'os qu'elles proviennent primitivement, mais bien de la synoviale. Le liquide contenu dans l'articulation est une sérosité purulente mélangée de flocons épais.

On ne retrouve plus de traces des cartilages inter-articulaires. Le périoste, qui recouvre la partie inférieure du fémur et celle supérieure du tibia, est épaissi et parcouru par de nombreux vaisseaux; au-dessous de lui, quand on l'enlève, ce qui se fait assez difficilement, à cause du grand nombre d'attaches vasculaires, on trouve des sécrétions périostales finement perforées, mais peu épaisses encore: elles ne constituent guère qu'une couche d'un demi-millimètre d'épaisseur autour des extrémités articulaires, et qui, à 5 ou 6 centimètres de l'articulation, va mourir en s'effilant sur la diaphyse.

Le tibia seul paraît plus volumineux, alors même qu'il est dépouillé des parties molles; car en cet état, mesuré avec le compas d'épaisseur, il donne près de 1 demi-centimètre de plus encore que celui du côté opposé mesuré à travers les tégumens. Le fémur ne paraît point gonflé. En cherchant à faire

pénétrer l'ongle dans les cellules spongieuses mises à nu, on n'y parvient qu'avec peine : elles opposent une grande dureté, et le raient; elles sont imbibées d'un liquide rougeâtre abondant.

Sur la surface du tibia on trouve, dans l'intervalle qui sépare les deux condyles, une assez large perte de substance à parois rugueuses et inégales, qui se prolonge dans le condyle externe, et contient un petit séquestre dont les parois celluleuses sont évidemment hypertrophiées, et qui baigne dans une sécrétion puriforme grisâtre.

L'os, fendu selon sa longueur, laisse voir uu liquide rougeâtre et oléagineux remplissant les cellules, qui semblent agrandies. Cette infiltration rougeâtre suit le canal médullaire jusque dans l'extrémité articulaire inférieure. L'articulation tibio-tarsienne contient un peu de liquide rougeâtre.

La partie inférieure du fémur est également rouge, mais à un degré bien moindre.

J'ai laissé pendant un mois et demi les os macérer dans l'eau, et, après les avoir dépouillés de toutes les parties molles environnantes, je constate qu'ils sont plus légers qu'à l'état normal; et comme le malade auquel l'amputation a été pratiquée a succombé, j'ai conservé les os du côté sain pour les mesurer comparativement avec ceux-ci. Le tibia du côté droit présente, dans son diamètre transversal, plus de un demi-millimètre de plus que le gauche. Les fémurs n'offrent que peu de différence; cependant, mesurés circulairement, le droit donne quelques millimètres en plus probablement dus à la mince couche de sécrétions périostales.

La substance spongieuse a perdu de sa consistance ordinaire en certains points; elle se laisse affaisser sous le doigt sans crépiter, à la manière d'une éponge. Le tibia comme le

fémur, à leurs extrémités articulaires, n'ont plus de lame compacte, et latéralement elle est réduite à une minceur extrême; en ce point, les sécrétions périostales, qui s'avancent jusque sur les bords articulaires des os, se présentent sous l'apparence d'une écorce que l'on détache facilement à l'aide de l'ongle; en l'examinant à la loupe, on la voit criblée d'une multitude de pertuis, dont il est impossible de donner une juste idée à ceux qui n'ont pas observé ce phénomène.

Enfin, une particularité qui frappe mon attention, et dont je me propose de tirer des conséquences importantes, est la suivante. J'ai dit plus haut qu'une portion de cartilage était restée adhérente au condyle interne; par la macération et le grattage, je l'ai détachée de la lame compacte qui la supporte ; de sorte que cette lame, encore adhérente aux cellules spongieuses, représente comme un îlot isolé sur l'extrémité articulaire. D'après les caractères de l'ostéite, que l'on retrouve dans tous les points de l'os, on s'attend à voir cette lamelle perforée d'une multitude de petits trous analogues à ceux que l'on remarque sur la lame compacte qui revêt les parties latérales de l'os. Eh bien! point du tout: elle est parfaitement lisse, sans aucune rugosité ni trous vasculaires. Cette absence de vascularisation ne démontre-t-elle point son peu de vitalité, et par conséquent, la facilité avec laquelle elle se mortifie, elle et le cartilage qui s'y attache?

Réflexions. — Je n'insisterai que sur les points essentiels. Ainsi : 1° sur le début, la longue durée et la nature rhumatismale de l'affection qui nous permettent de soupçonner que c'est la synoviale qui s'est d'abord enflammée, et qui consécutivement a déterminé l'ostéite. Cette dernière, en effet, n'était pas assez avancée, même dans le tibia, où elle avait produit une nécrose superficielle, pour qu'on pût

croire qu'elle avait été le point de départ de la maladie ; d'ailleurs, le bruit de souffle que j'ai constaté au cœur ne vient-il point confirmer encore cette opinion?

2° Remarquons la rupture de la synoviale distendue par le pus, rupture qui a eu lieu en deux endroits au grand cul-de-sac, sous le triceps et sur les côtés du ligament rotulien : de là, le pus épanché sous les muscles s'était porté à l'extérieur. Ce n'est qu'à la dernière extrémité, pour ainsi dire, que la synoviale s'est laissée altérer.

3° Un abcès osseux s'était aussi formé sur les côtés du condyle interne par un trajet fistuleux et tortueux; il conduisait à une ouverture cutanée.

4° Le gonflement des os fut constaté ici d'une manière qui ne permet plus le doute touchant cet important phénomène.

5° Les douleurs fixes au condyle interne tenaient probablement à la déviation du pied, peut-être aussi à la phlegmasie intense du tibia en ce point.

6° Enfin, malgré la dégénérescence si avancée de la synoviale, nous n'avons pu découvrir dans les tendons ou les ligamens la moindre trace de phlegmasie, pas même quelques rares vaisseaux sanguins.

OBSERVATIONS ET REMARQUES

Sur les maladies des testicules et de leurs annexes (1). — (Clinique de M. Vidal de Cassis);

Par M. Dumeulin, interne à l'hôpital du Midi.

En succédant à M. Cullerier, ex-chirurgien de l'hôpital du Midi, M. Vidal s'est imposé la double tâche de soumettre à l'observation les questions de doctrine sur la syphilis, récem-

(1) M. Vidal entend par annexes des testicules, les enveloppes de cet organe et tout ce qui constitue le cordon spermatique.

ment agitées, et de continuer des travaux qu'il avait déjà entrepris sur les maladies chirurgicales de l'appareil génito-urinaire. Ce sont quelques maladies qui se rapportent à ce groupe que nous allons exposer aujourd'hui, d'après les conférences de M. Vidal, et en suivant les principes exposés dans son livre (1). Les maladies du testicule, de ses annexes, observées dans le service de M. Vidal, ayant présenté beaucoup de variété pendant le semestre qui va finir, nous commencerons par elles.

Dans le service de M. Vidal, on a pu, en effet, observer presque toutes les affections du testicule et de ses annexes: anomalies, lésions traumatiques, inflammations, tumeurs chroniques des bourses.

Nous pouvons, en suivant cette division qui indique les diverses catégories des maladies des bourses, ajouter des observations contenant des particularités qui agrandiront ou éclaireront l'histoire de ces maladies.

§ I. *Anomalies du testicule.*

Ces anomalies sont variées : tantôt il y a absence des testicules dans les bourses ; Arnaud, dans ses Mémoires de chirurgie, en rapporte plusieurs exemples; tantôt les bourses renferment un seul testicule, et l'autre est dans le ventre. Pour ce qui est de l'augmentation du nombre des testicules, on doute de la réalité de ces faits. Quoique Fernel assure avoir vu une famille dont tous les mâles avaient trois testicules ; quoique Schenckius, Bartholin, Borelli et Grœaf citent des cas semblables, cependant un examen plus scrupuleux des faits analogues donne à penser qu'on s'est mépris le plus souvent. Déjà Morgagni a relevé plusieurs erreurs de ce genre (epist.

(1) *Traité de pathologie interne*, Paris, 1841, t. V.

XLIII, art. 3). Ces erreurs viennent surtout de ce qu'on n'avait pas suffisamment étudié les maladies des annexes du testicule, c'est-à-dire de l'épididyme et du cordon. Ainsi, il est des cas où l'épididyme semble complétement détaché du testicule, eh bien! un engorgement de l'épididyme ainsi déplacé pourrait très bien être pris pour un second testicule. M. Vidal cite un cas remarquable de tumeur du cordon qui aurait été prise pour un troisième testicule : dans son service, il y avait un sujet qui avait une hydrocèle enkystée du cordon, dont le volume et la consistance étaient complétement semblables au volume et à la consistance du testicule du même côté : on eût dit un testicule au-dessus d'un autre testicule. Mais un examen sérieux a dissipé l'erreur. La transparence, l'insensibilité de la tumeur supérieure, ont établi sa vraie nature.

Voici une anomalie consistant dans la position des deux testicules qui aurait pu les faire prendre pour des bubons si on avait voulu faire du diagnostic à distance.

Le nommé V., âgé de trente-et-un ans, homme de peine, couché au nº 11 de la salle 9, est entré à l'hôpital du Midi pour des chancres sur le limbe du prépuce. Cet homme, d'une constitution assez robuste, offrant les apparences du tempérament dit lymphatico-sanguin, présente à chaque région inguinale une tumeur ovoïde placée bien exactement où se trouvent les bubons inguinaux. Mais si l'on examine le malade avec soin, on trouve d'autres circonstances remarquables (Il est bien entendu qu'on examine cet homme dans la position horizontale). D'abord, les bourses sont flasques, petites, et réduites aux seules enveloppes; elles ne contiennent point les testicules; ensuite l'on trouve un bubon pubien gros comme une petite bille, et déjà suppuré, une lymphite du dos de la verge aboutit au ganglion en-

flammé. Si l'on presse un peu fortement sur la tumeur des aines, on fait naître la douleur caractéristique de la pression des testicules : ce sont eux, en effet, qui sont situés à l'ouverture du canal inguinal et hors de ce canal. Dans la position verticale, ils descendent dans les bourses; d'ailleurs, leurs fonctions s'exécutent bien; cet homme est assez enclin à l'acte de la génération. On voit donc qu'il n'est point indifférent, toutes les fois qu'il y a tumeur à l'aine, d'explorer les bourses pour constater la présence ou l'absence des testicules. Ici les testicules n'étaient pas à leur place pendant la position horizontale; ils reprenaient leur position par la position verticale. Cette observation fait sentir la nécessité de changer la position du malade qui porte une tumeur dont on veut bien connaître le siége et la nature. Ainsi, voilà des testicules qui, pendant la nuit, appartenaient à la région inguinale, et qui de jour, c'est-à-dire quand le malade était debout, appartenaient à la région scrotale.

M. Vidal, en parlant des anomalies des testicules, nous fait part d'une observation qui trouve sa place ici. C'était un malade du n° 4 de la salle 9, qui n'avait jamais constaté l'existence du testicule droit, ni à l'aine ni dans les bourses. Il fut pris d'une blennorrhagie à la suite de laquelle le testicule, qui était pour ainsi dire à l'état latent, parut. En effet, par le fait de son engorgement, le testicule, qui était petit et caché dans le commencement du canal inguinal, apparut à l'orifice externe de ce canal où il forma une tumeur très douloureuse avec coliques, insomnie, etc. Les antiphlogistiques, les saignées générales et locales, mirent fin à l'orchite, et peu-à-peu le testicule regagna sa position primitive, où on pouvait encore constater sa présence, mais par une palpation très minutieuse. Dans les faits que nous venons de citer, on voit

le testicule plus haut placé, parce que sa marche a été arrêtée par des circonstances que nous n'avons pas à apprécier ici.

Il y a un malade à la salle 11 qui offre un cas qui prouve que par accident le testicule peut être situé plus haut que dans l'état normal. Celui-ci est remonté tandis que les autres ne sont pas descendus.

Ce malade a eu, étant très jeune, une affection gangréneuse des bourses, qui détruisit une grande partie du scrotum du côté droit; la cicatrice qui réparait ce désordre n'a eu ni l'étendue ni la souplesse des enveloppes primitives des bourses; aussi le testicule a été porté fortement contre le pubis et retenu là presque immobile par cette espèce de suspensoire inodulaire. M. Vidal nous fait remarquer qu'on pourrait puiser là des argumens en faveur des procédés de varicocèles, par lesquels on extirpe une portion des bourses, ou on les détruit par le caustique. Mais il sera plus tard question de ces procédés, quand M. Vidal publiera son travail sur le varicocèle.

Dans la salle 9, on pourrait voir une espèce de renversement du testicule. En effet, l'épididyme, au lieu d'être en arrière, était en avant de la glande séminale. Cette anomalie ressemble assez à cette espèce de bascule que subit le testicule dans certaines inflammations de l'épididyme. Alors, en effet, ce corps, en se développant, vient recouvrir la partie antérieure du testicule, dont le parenchyme est tout-à-fait recouvert. Mais on a, alors, la circonstance d'une inflammation préalable, et en arrière, on ne constate pas la glande séminale égale avec sa souplesse, sa sensibilité normales, comme on pouvait le faire dans l'anomalie en question.

§ II. *Lésions traumatiques du testicule.*

Les plaies du testicule n'ont pas le danger qu'on leur a

attribué jusqu'à ce jour; nous parlons des plaies très nettement faites, comme celles du bistouri. Nous en fournirons plus tard la preuve, puisque nous montrerons l'efficacité des incisions de la substance même du testicule pour abattre certaines inflammations. Quand, au contraire, la plaie est contuse, ou qu'il y a contusion extrême, le danger est réel au moins pour le testicule, car il est pris de suppuration. Or, on sait que la suppuration de cette glande entraîne presque toujours sa destruction. Voici un exemple de contusion grave du testicule :

W....., terrassier, âgé de 30 ans, couché au n. 34 de la salle 11, est entré à l'hôpital du Midi, le 11 avril. Cet homme est d'une constitution robuste, il n'a jamais été malade; jamais il n'a eu d'affection vénérienne. Il y a seize mois, il fit une chute et le testicule droit heurta violemment contre l'angle d'une brouette; il ressentit instantanément une douleur extrêmement vive; néanmoins, il continua son travail. Le lendemain, les bourses étaient énormes; les douleurs peu vives, et l'insouciant malade ne jugea point à propos de se faire soigner; il reprit son ouvrage. Le testicule entra en suppuration, et il se fit, il y a environ six mois, plusieurs ouvertures spontanées sur le scrotum du côté droit. Il s'écoula un liquide d'abord purulent, puis un liquide moins épais, mal lié et roussâtre; aujourd'hui, c'est un liquide séro-purulent, d'un gris sale, assez abondant, auquel donne issue une ouverture large d'un centimètre. Le scrotum de ce côté forme une tumeur dans laquelle on ne distingue nettement, ni testicule, ni épididyme; cependant, il semble que le testicule a disparu en grande partie, et qu'il ne reste plus que l'épididyme dur, engorgé. Quant au cordon spermatique, c'est à peine si on

peut l'isoler, ou pour mieux dire, le sentir au milieu de l'engorgement qui remonte jusqu'à l'ouverture inguinale. Le testicule du côté gauche est à l'état sain.

Ce fait est intéressant sous le point de vue de la part peu active qu'a pris l'organisme à cette affection si formidable du testicule; pas de douleur, pas de fièvre, aucun trouble dans les fonctions, rien qui éveille l'apathie de cet homme, et l'amène vers un médecin. Cette désorganisation de l'organe serait-elle l'effet de la fonte de tubercules préexistans, dont la marche eût été hâtée par la contusion du testicule? Je ne le crois pas; les tubercules du testicule se montrent presque toujours des deux côtés, et il est bien rare de trouver un testicule complétement désorganisé, alors que l'autre n'offre point encore la moindre trace de tubercules. Interrogé avec soin et à plusieurs reprises, cet homme m'a assuré n'avoir jamais constaté de dureté, de petit noyau d'engorgement dans le scrotum du côté droit avant la chute qu'il a faite il y a seize mois. Je crois donc à une désorganisation de la glande produite par son inflammation; mais comme je le disais tout-à-l'heure, bien que bon nombre d'affections de la sphère génitale soient tout-à-fait locales, sans réaction sur l'économie, il n'en est pas moins vrai que plusieurs d'entre elles, et l'orchite surtout, à ce degré, réagissent fortement, provoquent de la fièvre, des coliques vives, des vomissemens, et rien de tout cela n'a existé chez ce malade; son testicule s'est enflammé, a suppuré, s'est complétement désorganisé, sans que le blessé ait paru s'en douter.

§ III. *De quelques orchites.*

L'orchite blennorrhagique est une affection complexe à laquelle prennent part le plus souvent les diverses parties

qui sont dans le scrotum, le testicule, l'épididyme, le cordon et la tunique vaginale. On a voulu localiser l'inflammation à un de ces élémens; mais chacun y concourt pour sa part. Ce n'est point une vaginalite simple avec épanchement séreux dans la tunique vaginale, comme l'a voulu M. Rochoux; ce n'est point une orchite seulement, car l'épididyme prend part à l'affection, et la plus grande part, et lorsque l'inflammation passe à l'état chronique, c'est l'épididyme qui demeure tuméfié, dur, engorgé.

M. Vidal a plus d'une fois observé que la substance du testicule même était enflammée pendant certaines blennorrhagies, et il a fait une remarque que les faits observés nous ont confirmée. C'est chez les individus très jeunes, âgés au plus de vingt-deux ans que le parenchyme testiculaire s'enflammait ainsi avec ou sans engorgement de l'épididyme. Voici deux faits de cette nature que nous allons rapporter. Ils montreront l'efficacité d'un moyen que d'autres appelleront peut-être téméraire, mais dont les résultats ont toujours été efficaces, ce qui a pu être observé par tous ceux qui ont pu suivre les visites de M. Vidal. Il s'agit de l'incision de la tunique albuginée du testicule, d'un débridement de cette glande qui est sous le coup d'une inflammation avec étranglement.

F....., âgé de vingt-et-un ans, est entré à l'hôpital du Midi le 25 janvier. L'année dernière, au mois d'avril, cet homme eut une blennorrhagie qui ne fut point traitée, et dura cinq mois; l'écoulement disparut complétement. Vers le milieu de décembre de la même année, nouvelle blennorrhagie trois jours après des rapports avec une fille publique. Elle ne fut point douloureuse, l'écoulement était médiocrement abondant, et durait depuis trois

semaines, quand, après une marche à pied un peu longue, il y eut orchite à droite, puis à gauche, trois ou quatre jours après, sans amendement du côté premièrement malade; bien plus, l'orchite à droite continua sa marche, tandis qu'à gauche elle disparut spontanément et par le repos seulement. Du côté droit, les douleurs furent très vives au début; cette acuité persista pendant huit jours. Le malade prit des bains de siége, appliqua des cataplasmes sur la tumeur, et garda le repos. — L'écoulement était alors complétement supprimé. — Le 25 janvier, le malade vint solliciter son entrée: les douleurs étaient redevenues plus vives; le testicule droit offrait le volume d'un gros œuf de poule; en arrière, l'on ne pouvait sentir l'épididyme que masquait le testicule enflammé. — M. Vidal diagnostiqua une inflammation du parenchyme même de la glande, et annonça que probablement elle arriverait à un degré tel, qu'il faudrait débrider la tunique albuginée pour faire disparaître les douleurs. — On soumit le malade à un repos absolu; on appliqua des cataplasmes sur la tumeur. — Le 26 et le 27 janvier, les douleurs furent à-peu-près les mêmes, s'irradiant dans l'aine droite et vers la partie interne de la cuisse, mais très supportables, et ne donnant lieu à aucune réaction. Dans la journée du 28 janvier, elles devinrent plus vives, provoquèrent de la fièvre, de violentes coliques, telles que le malade se retournait sans cesse dans le lit et était en proie à une grande agitation; il y eut des vomissemens. — Le soir, une pilule d'opium, un lavement laudanisé, des cataplasmes sur le ventre, des fomentations émollientes sur la tumeur. Le 29, au matin, les douleurs étaient aussi intenses; le malade n'avait pu dormir, et de nouveaux vomissemens étaient survenus dans la nuit. M. Vidal incisa sur la face antérieure de la tumeur dans l'é-

tendue d'un centimètre et demi ; il pénétra dans la substance même du testicule par le débridement de la tunique albuginée ; il s'écoula au plus une cuillerée à café de sérosité et un peu de sang. Je revis le malade trois ou quatre heures après, et la douleur n'existait plus ; les coliques, les vomissemens avaient disparu, le pouls avait repris son rythme normal. Ces accidens étaient causés par une inflammation avec étranglement ; l'enveloppe fibreuse ne pouvait suivre l'expansion du testicule enflammé et le soumettait à une compression incessante.

Voici un autre fait analogue, mais chez un sujet plus jeune.

R....., âgé de dix-sept ans, eut, il y a quatre mois, une blennorrhagie ; l'écoulement fut assez abondant pendant deux mois et demi : il disparut en partie sous l'influence du copahu et des injections avec le vin aromatique, mais il resta toujours une goutte très visible le matin, et dans la journée un suintement séreux. Dès que ce jeune homme se livrait au coït, l'écoulement reprenait l'apparence puriforme, et coulait plus abondamment. Il y avait déjà huit jours que la blennorrhagie offrait une de ces recrudescences si fréquentes, quand le malade fit une longue marche ; le soir même, il ressentit des douleurs dans l'aine du côté gauche, puis au esticule ; le lendemain, il se présenta à la consultation, mais il n'exécuta point la prescription qu'on lui donna, et revint trois jours après, c'est-à-dire, huit jours après le début de l'orchite, pour être admis à l'hôpital. Il avait une fièvre très vive, ressentait quelques coliques, des élancemens violens dans le testicule. — Repos absolu, cataplasmes sur la tumeur. — Le lendemain, l'état était le même, la tumeur était volumineuse, formait une saillie antérieure bien

prononcée; l'on ne pouvait sentir l'épididyme, le cordon spermatique n'était point douloureux, à moins d'une pression assez forte. — Le soir, la fièvre était plus vive, le malade avait des coliques, la douleur était très forte dans la fosse iliaque gauche; quelques nausées d'abord, puis des vomissemens survinrent. — Une pilule d'opium, un lavement laudanisé, des cataplasmes sur la tumeur. — Le jour suivant, 3 mars, le malade souffrait autant. M. Vidal incisa la tunique albuginée du testicule, et, quelques heures après, un soulagement très grand succédait à l'état d'angoisses de la veille.

Déjà M. Velpeau avait employé les piqûres du scrotum avec la lancette, d'abord pour s'assurer de la présence ou de l'absence de la sérosité dans la tunique vaginale, puis comme moyen curatif, car il vit qu'elles paraissaient favorables à la résolution de la maladie. Mais je ne crois point qu'on ait encore fait du débridement de la tunique albuginée un moyen thérapeutique contre l'orchite. Ce débridement n'est nécessité que rarement, car rarement le parenchyme s'enflamme et se raréfie au point de se trouver à l'étroit dans sa membrane. Ainsi, point de malentendu : M. Vidal a constaté l'innocuité de ces incisions, et cependant il n'en fait usage que quand l'orchite est avec des accidens réels.

Il est des personnes qui ont nié l'existence, dans ces cas, de l'inflammation du parenchyme testiculaire. On prétend alors qu'il s'agit d'un engorgement de l'épididyme, qui fait que ce corps vient masquer le testicule en le recouvrant en entier. M. Vidal répond qu'avant d'avoir imaginé d'inciser le testicule enflammé, il laissait marcher l'inflammation en ne la traitant que par les moyens ordinaires, et qu'alors la substance de la glande entrait en suppuration, et était détruite.

De plus, quand un chirurgien pratique des incisions, il découvre au premier temps la tunique albuginée, qu'on constate parfaitement avant sa division, qui est le dernier temps de l'opération.

Parmi les inflammations aiguës du testicule et de ses annexes, j'ai encore à rapporter quelques observations intéressantes. La première a trait à un fait de récidive de l'orchite, sans que le malade ait marché beaucoup, ou ait fait quelque effort : ce sont des récidives presque spontanées. Le voici.

Orchite blennorhagique à droite. — Deux récidives. — B....., âgé de 27 ans, couché au n° 32, salle 11, est entré à l'hôpital le 15 janvier. Il y a dix ans, cet homme eut une blennorhagie qui tomba dans les bourses, à droite d'abord, puis à gauche quand le côté droit fut guéri. D'après ce qu'il rapporte, je serais porté à croire qu'il eut en même temps des chancres à la couronne du gland. Traité à l'hôpital de Bordeaux, il prit de la liqueur de Vans-Wieten, fit des frictions d'iodure de plomb sur ses testicules malades ; du côté droit, il resta, en bas et en arrière, un petit noyau dur, engorgé, non douloureux. Il y a deux ans, une autre blennorrhagie fut guérie facilement. — Au commencement de décembre 1843, nouvelle et troisième blennorrhagie, à-peu-près indolente, si ce n'est lors de l'émission de l'urine. Elle durait depuis un mois, et l'écoulement s'était déjà beaucoup éclairci, commençait à devenir séreux, était moins abondant, quand il y eut une orchite à droite. La blennorrhagie tomba tout-à-fait spontanément dans les bourses, sans que le malade ait marché, sans qu'il ait excité les organes génitaux par un coït intempestif. Quant à l'écoulement, il demeura ce qu'il était, aucun changement ni en quantité ni en qualité. Chez ce malade, c'est l'é-

pididyme qui est principalement affecté : il est fort volumineux, et l'on ne peut que difficilement sentir le testicule engorgé aussi, mais à un bien moindre degré, et placé à la partie antérieure et un peu interne. — 40 sangsues au périnée, en deux fois, à deux jours d'intervalle, cataplasmes émolliens, repos absolu. La résolution s'opéra de jour en jour ; il ne resta plus, après quinze jours, qu'un peu d'engorgement non douloureux de l'épididyme. — Frictions d'onguent mercuriel et de belladone sur la tumeur. — Amélioration. Vers le 15 février, le malade, qui ne s'était point encore levé depuis son entrée à l'hôpital, va prendre un bain. A peine sorti de son lit, il ressent une vive douleur à l'aine droite et des élancemens dans la tumeur. Le soir, il avait un peu de fièvre, de la céphalalgie et quelques coliques vagues ; la tumeur était très douloureuse et pouvait à peine supporter le contact du suspensoir. Je fais appliquer immédiatement vingt sangsues au périnée. Le lendemain, amélioration, mais l'épididyme enflammé, pour arriver à résolution, eut à passer les mêmes phases, et présenta les mêmes phénomènes que la première fois. Enfin, le malade était guéri, près de sortir, quand il y eut une seconde récidive, après une promenade de quelques instans. — Quinze sangsues sur le testicule même. Cette fois, la résolution s'opère très lentement ; la période d'acuité est de courte durée, mais l'épididyme demeure engorgé, assez volumineux, est pesant, donne des tiraillemens dans l'aine droite. M. Vidal prescrit une bouteille d'iodure de potassium à prendre par cuillerées tous les jours (deux). — Frictions d'onguent mercuriel. — Repos au lit. — L'épididyme perd un peu de son volume, mais il y a toujours de l'engorgement. Quant à l'écoulement, il est séreux ; jamais il n'a été supprimé ; il a suivi sa

marche chronique, comme si rien n'existait d'anormal. Ce n'est pas le seul fait que je vois d'écoulement non supprimé ni entravé dans sa marche par l'apparition d'une orchite. Celle-ci arrive dans la très grande majorité des cas alors que la blennorrhagie a déjà trois semaines au moins de durée, l'écoulement est moindre, séreux, touche à sa fin : c'est un fait noté par tous les auteurs. Je crois, comme plusieurs le pensent aussi, que, dans la blennorrhagie, le principe morbide, après avoir concentré son action sur l'urèthre, quand l'affection locale restante s'affaiblit, se porte alors sur un autre organe, et, par sympathie naturelle, sur le testicule.

Orchite à droite. Apparition de la blennorrhagie après celle de l'orchite. — C..... âgé de vingt ans, cordonnier, couché au n° 7 de la salle 11, est entre le 25 avril pour une orchite. Voici son histoire : Ce jeune homme paraît faible ; il est maigre, il a l'apparence d'un individu déjà épuisé par des excès ; dans son enfance, il n'a jamais eu d'engorgement glandulaire. Le 17 avril il eut des rapports avec une femme ; deux jours après il marcha un peu plus que d'habitude, et quatre jours après, le 21 avril, il commença à ressentir des douleurs dans l'aine droite. Inquiet, il examina son canal, et il reconnut qu'il n'existait pas le plus faible écoulement ; *il porta son attention sur l'état de l'urèthre* jusqu'au jour de son entrée, 25 avril, *et il ne constata jamais ni écoulement, ni douleur en aucun point du canal.* Cependant la douleur de l'aine marcha vers les bourses, le scrotum à droite se tuméfia et devint douloureux dès le 22 ; la tuméfaction augmenta les jours suivans, les douleurs s'accrurent, et il y eut de la fièvre. Le 25 avril, la tumeur avait le volume du poing, la peau était assez lisse,

et tendue sur elle; elle était égale, unie, l'on ne distinguait point le testicule de l'épididyme; point de liquide dans la tunique vaginale, ou en si faible quantité, qu'elle est inappréciable. J'examine avec soin le canal, en le pressant de toutes les manières, et aucune humeur ne sort du méat. Le malade répète de nouveau qu'il a attentivement fait cet examen, qu'il n'a jamais constaté l'existence de la moindre goutte d'humeur.—Cataplasmes sur la tumeur, repos au lit. Le 26 avril ce jeune homme dit avoir fait sortir le matin, en pressant le canal depuis sa racine, une goutte de pus épais et verdâtre. — Repos au lit, cataplasmes sur la tumeur. — 27, elle est moins volumineuse, la peau est ridée; on distingue bien du testicule; l'épididyme fort gros est engorgé.

C'est là un fait intéressant qu'on pourrait rattacher à la blennorrhagie sèche; seulement, dans celle-ci, il y a habituellement une douleur profonde dans le canal, et chez notre malade nous n'avons pas observé ce symptôme. — La blennorrhagie sèche place le sujet qui en est atteint à-peu-près dans les conditions de celui qui a une blennorrhagie qui touche à sa fin, par rapport à la tendance à l'orchite.

Ce fait prouverait plutôt que comme l'urèthre communique ses inflammations au testicule, celui-ci peut les lui renvoyer. Ainsi, il ne serait pas impossible que cette orchite fût étrangère au coït dont parle le malade, qu'elle fût due à toute autre cause, par exemple, à un froissement par les bottines que cet ouvrier cordonnier tient continuellement entre les cuisses et appuyées sur les parties génitales.

Inflammation du cordon testiculaire précédant l'inflammation de l'épididyme. — M....., âgé de 25 ans, tapissier, est entré à l'hôpital le 7 mars. — Cet homme offre les appa-

rences du tempérament lymphatico-sanguin; il jouit habituellement d'une bonne santé. Il y a sept mois, il eut une blennorrhagie qui dura un mois. Quand nous l'interrogeâmes pour la première fois, il affirma que cette blennorrhagie avait été complétement guérie, qu'il ne restait plus de suintement; cependant, à force de questions, nous acquîmes la preuve que de temps en temps l'écoulement reparaissait pendant quelques jours sous la moindre influence. Il y avait plus d'un mois que le malade ne s'était livré au coït, et plus long-temps encore qu'il n'avait vu de suintement humoral tacher son linge, quand il ressentit, le 5 mars au matin, une douleur à l'aine du côté gauche : elle acquit bientôt un grand degré d'acuité, s'accompagna d'un gonflement qui semblait porter sur tous les élémens du cordon testiculaire. La douleur était très forte et s'étendait jusque dans la région lombaire; il y avait des coliques et de la fièvre. Cette inflammation n'avait été précédée d'aucune circonstance qu'on pût considérer comme cause occasionnelle; point de marche, point de froissement, point de coups. Le malade essaie de travailler, mais, deux jours après le début, la station verticale était impossible, et il se fit transporter le 7 mars à l'hôpital du Midi. On constate que le cordon est gros, volumineux au niveau de l'anneau inguinal; le malade accuse sur ce point une douleur de pincement et une forte constriction. Le testicule et l'épididyme correspondans ont le volume tout-à-fait normal; l'épididyme est sensible.— On applique vingt sangsues sur le trajet du cordon, puis des cataplasmes émolliens.

Le 8 mars, les douleurs sont moins vives dans le cordon, mais elles le sont davantage dans les bourses; l'épididyme est gonflé, et entoure presque entièrement le testicule,

excepté en avant, bien que celui-ci participe un peu à l'inflammation.—Repos au lit; cataplasmes émolliens; petit-lait; un grain d'opium; diète.

Le 9 mars, la douleur sur le trajet du cordon n'existe plus; l'épididyme est dans le même état. — Le 12 mars, les douleurs sont moindres; mais un toucher attentif constate la présence d'un liquide dans la tunique vaginale. M. Vidal fait une ponction avec la lancette; il s'écoule environ 50 grammes de sérosité. Depuis, les douleurs n'ont plus reparu, la maladie a marché rapidement vers la guérison.

Voilà un fait bien évident de la propagation de l'inflammation du cordon au testicule. Maintenant, il serait très difficile de dire la cause immédiate de l'inflammation du cordon; quand cet accident est survenu, la muqueuse de l'urèthre était saine, pas de blennorrhée. La théorie qui veut que l'orchite blennorrhagique soit due à une véritable métastase, c'est-à-dire à un transport de l'humeur blennorrhagique de l'urèthre au testicule, serait en défaut ici, et dans l'observation qui précède; car, dans ces deux cas, l'urèthre n'était le siége d'aucune sécrétion anormale quand ont apparu ces orchites. Il faut noter ici que le sujet était porteur d'un varicocèle du côté malade; il ne serait pas étonnant qu'il y ait eu d'abord une inflammation des veines variqueuses du cordon, puis orchite.

Inflammation de la partie supérieure du cordon consécutive à l'orchite. — Tandis que tantôt nous étions porté à attribuer l'inflammation aux veines, ici nous sommes autorisés à la localiser dans les ganglions lymphatiques et les vaisseaux qui y aboutissent.

Le nommé Berni, âgé de 30 ans, terrassier, est entré à l'hôpital du Midi le 29 janvier. Cet homme d'une constitu-

tion robuste eut, il y a dix ans, une blennorrhagie dont il fut bien guéri. — Cette année, deux jours après des rapports avec une femme publique, nouvel écoulement peu abondant et presque indolent; il dure depuis quinze jours, lors de son entrée. Il y a quatre jours, sans cause déterminante connue, l'épididyme s'enflamma à droite. A son entrée, la tumeur est volumineuse comme le poing; on ne peut distinguer l'épididyme du testicule; *le tissu cellulaire des bourses est très œdémateux.* Du reste, point de douleur dans l'aine correspondante, ni dans les reins; apyrexie complète. — 20 sangsues au périnée; cataplasmes. Cette seule saignée locale suffit pour amener la résolution de cette épididymite. Dès le 4 février, la tumeur avait diminué de volume; l'on pouvait séparer le testicule de l'épididyme malade; l'œdème des bourses avait presque entièrement disparu. — La résolution fit des progrès incessans, et le malade devait bientôt sortir guéri. Le 8 février, il se trouvait bien, mangeait trois portions, il avait gardé le lit comme les jours précédens; quand, dans la nuit suivante, il fut pris de douleurs vagues d'abord par tout l'abdomen; quelques coliques; puis ces douleurs se localisèrent à la région inguinale dans le trajet du canal inguinal. Ces douleurs furent si violentes, prirent un accroissement tel que le malade poussait des cris et était en proie à une très grande agitation. Le 9 au matin, les douleurs de la région inguinale sont aussi intenses; elles s'étendent à la fosse iliaque droite, à la région hypogastrique et un peu à la région iliaque gauche. La palpation de la région inguinale droite fait découvrir une tumeur oblongue dans la direction du canal : cette tumeur est inégale et constituée par des groupes de petites tumeurs. Ce sont les ganglions de l'intérieur du canal ingui-

nal qui sont enflammés ; et comme ils forment une chaîne continue avec les ganglions iliaques externes et hypogastriques, on s'explique parfaitement la continuité de la douleur dans la fosse iliaque droite et à l'hypogastre. — Pouls large et développé, des coliques et des vomissemens. — 30 sangsues sur le point douloureux. — Petit-lait.

Le 10, amélioration ; les douleurs sont calmées ; il n'y a plus de fièvre. Le 12, le chapelet ganglionaire est presque indolent ; il faut une pression assez forte pour y éveiller de la douleur. — La résolution s'opère de jour en jour ; cependant, jusqu'au 22, on sent encore par la palpation le chapelet de ganglions encore un peu engorgé. — Du côté de l'épididyme, reste un noyau dur, indolent à la partie inférieure. Quant à l'écoulement, il n'a point disparu complétement : il a seulement diminué. A mesure que la résolution se fait du côté du canal inguinal et de l'épididyme, il reparaît un peu plus abondant, séro-purulent, mais sans douleur à l'urèthre. Cubèbe 20 grammes tous les jours, pendant cinq jours ; puis injections avec le sulfate de zinc et l'acétate de plomb. Cet homme sort guéri le 20 mars.

Nous avons souligné ce qui avait trait à l'engorgement œdémateux des bourses, engorgement très prononcé même avant que notre attention fût fixée du côté des ganglions du canal inguinal. Cet œdème fait supposer que primitivement il se passait quelques phénomènes anormaux dans les lymphatiques du cordon spermatique.

§ IV. *Tumeurs chroniques des bourses.*

J'ai rapporté les faits d'inflammation aiguë du testicule et de ses annexes qui m'ont paru offrir quelques particula-

rités intéressantes. Je vais tenter maintenant d'exposer quelques faits de tumeurs chroniques des testicules, et quelques idées pratiques puisées à la clinique de M. Vidal.

Les tumeurs chroniques des bourses sont humorales ou solides; elles viennent de l'abdomen, ou naissent dans le scrotum. Dans le premier cas, les tumeurs sont le plus souvent réductibles; dans le second cas, elles ne le sont point. Il est évident que c'est à ce dernier point de vue qu'il faut les considérer, car la réduction ou la non-réduction, ou, pour parler comme M. Vidal, la rentrée de ces tumeurs dans l'abdomen par le taxis, ou l'impossibilité de les y faire *rentrer*, nous fournissent de suite la notion du siége primitif de la matière qui constitue la tumeur (1). Ainsi la hernie, l'hydrocèle congéniale viennent de l'abdomen, et elles y rentrent par un taxis bien fait. Quant aux varicocèles, on ne les fait point rentrer, on diminue le volume de quelques-uns, on les *réduit* donc en partie. Ainsi, il est peu de tumeurs des bourses complétement irréductibles, dans le sens le plus rigoureux du mot, car une compression long-temps continuée diminue le plus souvent le volume d'une tumeur des bourses. Mais il est de ces tumeurs, et ce sont les plus fréquentes, qu'on ne peut faire *rentrer* : ce sont certaines hernies avec adhérences au sac, les hernies trop volumineuses, l'hydrocèle de la tunique vaginale, l'hydrocèle enkystée du cordon, le

(1) Dans le diagnostic des tumeurs, il faut, selon M. Vidal, distinguer la *réduction* d'une tumeur de sa *rentrée*. Par exemple on peut *réduire* une tumeur des bourses, c'est-à-dire amoindrir son volume sans la faire rentrer dans l'abdomen. C'est ce qui arrive pour certains varicocèles; et on peut faire rentrer certaines tumeurs sans réduire leur volume, c'est ce qui arrive à certaines hernies.

hydrocèle. Maintenant la tension très grande de la tumeur, sa forme bien régulière et ovoïde, et enfin les circonstances commémoratives, plaident en faveur d'une hydrocèle; car dans l'hématocèle, il est bien rare que l'épanchement de sang dans la tunique vaginale soit assez considérable pour amener pareille distension; la forme de la tumeur n'est jamais aussi régulière que la forme de l'hydrocèle. Enfin l'on sait que l'hématocèle par épanchement n'est presque jamais spontanée; il faudrait, il nous semble, une contusion bien violente pour en amener une de ce volume. Le malade a eu les bourses froissées, il est vrai, contre le pommeau d'une selle, il y a seize ans; mais cette contusion a amené une orchite, et c'est celle-ci qui a déterminé un premier épanchement séreux dans la tunique vaginale.

Si maintenant nous jetons un coup-d'œil sur la marche de la maladie, nous voyons que l'existence d'une hématocèle est impossible. Dans l'hématocèle par épanchement, en effet, la tumeur se produit d'emblée aussi grosse qu'elle doit être et puis n'augmente plus; elle décroît, au contraire, à mesure que le sang se résorbe; tandis que chez notre malade la tumeur a pris un accroissement graduel pour en arriver au point où nous la trouvons aujourd'hui. Cette tumeur est donc positivement une hydrocèle; l'opération a prouvé la précision du diagnostic. M. Vidal a fait, le 2 avril, une ponction qui a donné issue à un litre de liquide, et puis il a fait une injection iodée dans la tunique vaginale (teinture d'iode et eau, parties égales). M. Vidal n'a fait qu'une seule injection, mais il l'a laissée en contact avec la tunique vaginale plus long-temps que d'ordinaire pour amener plus sûrement l'inflammation adhésive de cette séreuse. Or, l'on sait que dans les hydrocèles considérables et anciennes, c'est

précisément parce que cette inflammation adhésive n'arrive point que la méthode des injections échoue quelquefois. Chez ce malade, le résultat sera sans doute satisfaisant. Dès le lendemain, les bourses étaient aussi volumineuses qu'auparavant, mais sans causer de douleurs; la tuméfaction prompte à se produire est fort lente à diminuer, on ne constate un décroissement que vers le 12 avril, c'est-à-dire dix jours après l'opération. Aujourd'hui, 24 avril, il y a encore un peu de tuméfaction, mais elle est peu considérable.

Hydrocèle consécutive à l'épididymite. — L'hydrocèle se montre très souvent comme épiphénomène de l'épididymite; l'observation précédente nous en offre un exemple. Je ne parle point ici de la collection séreuse peu abondante, en général d'une cuillerée environ, qui se forme souvent à la période d'acuité de l'orchite, mais de l'hydrocèle qui suit une épididymite en voie de guérison ou guérie depuis plus ou moins de temps. Dans l'observation suivante, nous avons vu une hydrocèle de ce genre se produire sous nos yeux.

F....., couché au n° 19 de la salle 9, entra le 29 janvier dans le service de M. Vidal pour une épididymite peu intense, mais longue à se résoudre, suite de blennorrhagie. — 20 sangsues furent appliquées au périnée; l'on maintint continuellement des cataplasmes sur la tumeur et le malade garda un repos absolu. L'inflammation céda à ces moyens; mais il se fit bientôt un épanchement séreux dans la tunique vaginale; il n'était point assez abondant pour qu'on pût trouver la transparence, mais saisissant la tumeur avec la main gauche, il était aisé de constater la fluctuation avec les doigts index et médius de la main droite. M. Vidal fit d'abord une simple ponction avec la lancette; mais le li-

quide ne tarda point à se reproduire et en plus grande quantité que la première fois, au point de former une tumeur du volume du poing. Cette fois, M. Vidal fit une ponction, puis une injection iodée le 10 avril; l'inflammation fut assez vive, mais sans causer de douleur ni la moindre réaction générale. La tumeur est maintenant en voie de résolution; l'épididyme semble avoir repris un peu plus de volume depuis l'opération. Aujourd'hui, 7 mai, la guérison est complète.

Hydrocèle de la tunique vaginale offrant une configuration particulière. — L'hydrocèle de la tunique vaginale forme parfois une tumeur dont la configuration, l'aspect extérieur peuvent tromper au premier abord et faire croire à une hydrocèle enkystée du cordon. Un malade, récemment opéré par M. Vidal, nous en a offert un exemple.

C....., âgé de 36 ans, maçon, couché au n. 38, salle 11, eut une blennorrhagie il y a seize mois; elle fut mal soignée, et persista quatre mois avant de tomber dans les bourses; il eut une épididymite à droite guérie par des frictions d'onguent napolitain; celles-ci déterminèrent la salivation. Un mois après sa guérison, le malade vit que le scrotum du côté droit était plus gros qu'à gauche; c'était une hydrocèle commençante qui augmenta peu-à-peu, et en vint au point où nous la trouvons aujourd'hui. Elle n'est point pyriforme comme la plupart des hydrocèles; elle est oblongue, aussi large à ses extrémités qu'à son centre; en haut, elle remonte jusqu'à l'ouverture inguinale. Si nous cherchons le testicule à la partie postérieure et moyenne de la tumeur, place ordinaire de cet organe dans l'hydrocèle, nous ne l'y trouvons pas. On le rencontre à la partie antérieure, inférieure et un peu interne de la tumeur; c'est en appuyant

fortement qu'on acquiert ce renseignement par la douleur caractéristique de la pression de cet organe. Quant à la transparence, elle n'existe pas.

On pourrait croire à une hydrocèle enkystée à cause de cette forme régulièrement oblongue et peut-être aussi de l'absence de transparence ; car on sait qu'il est plus difficile de rencontrer celle-ci dans l'hydrocèle enkystée du cordon, ce qui est dû à l'épaisseur des parties qui forment la poche. Mais un examen attentif lève bientôt tous les doutes : il est impossible de bien séparer la poche séreuse de la partie supérieure du testicule; il n'y a point la ligne de démarcation qu'on trouve habituellement dans l'hydrocèle enkystée; de plus, la circonstance d'une épididymite antérieure tend à prouver qu'on a affaire à une hydrocèle de la tunique vaginale. — La configuration spéciale de cette tumeur tient au petit volume naturel des bourses. — M. Vidal a opéré ce malade le 16 avril; mais, reconnaissant bien qu'en piquant à la partie antérieure et inférieure, lieu d'élection, il s'exposait à blesser le testicule : il préféra faire la ponction au côté externe, et un peu supérieur. Le liquide évacué, on put se convaincre que la tumeur était bien une hydrocèle de la tunique vaginale. L'épididyme était un peu volumineux; puis on fit une injection iodée. Dès le lendemain, l'inflammation fut assez vive, le scrotum devint très rouge, douloureux; il y eut de la réaction, céphalalgie, soif vive, de la fièvre.

17 avril. — Petit-lait, 2 pots. Une saignée.

18 avril. — Amélioration, qui depuis ne s'est point démentie.

Six jours après l'opération, la tuméfaction commence à diminuer, le scrotum n'est plus le siége d'aucune douleur, et le 2 mai la guérison est complète.

Cette observation, outre son intérêt, au point de vue du diagnostic, en offre un relativement à la médecine opératoire, car elle prouve qu'il ne faut pas toujours faire la ponction où l'indiquent les classiques.

Hydrocèle enkystée du cordon. — O....., agé de 16 ans, doreur sur cuir, couché au n. 9, salle 9, entré le 8 avril pour un phymosis accidentel, résultant d'une vive inflammation du gland et du prépuce offre à la partie supérieure du scrotum du côté droit une tumeur comme un gros œuf de pigeon, son grand axe va de l'anneau inguinal au testicule. Cette tumeur est aussi bien limitée que cet organe. On dirait deux testicules dans une bourse, un au-dessus de l'autre. Ce malade affirme n'avoir jamais eu de hernie, et n'avoir constaté cette tumeur que depuis cinq mois; elle est arrivée en fort peu de temps au point où elle en est; depuis quatre mois, elle est stationnaire.

Que peut être cette tumeur, située ainsi sur le trajet du cordon? C'est une hydrocèle enkystée ou une hernie. Nous n'avons point affaire à une hernie, car la tumeur ne remonte pas dans le canal inguinal; on ne sent qu'un épaississement très léger du canal déférent au niveau de l'ouverture inguinale; entre celui-ci et la tumeur est une ligne circulaire bien tranchée; en bas, existe une séparation, mais moins bien prononcée, entre la tumeur et le testicule. En outre, cette tumeur très résistante conserve le même volume et ne s'accroît point pendant les efforts de la toux et dans la position verticale. — Enfin, c'est une hydrocèle, car la transparence est très facile à saisir, dernière circonstance qu'il est plus difficile en général de trouver dans l'hydrocèle en question, à cause de l'épaisseur du kyste; mais il s'agit ici d'un sujet jeune à peau très fine. Une fois la sérosité constatée pour-

rait-on reconnaître sa source? L'hydrocèle enkystée du cordon provient de deux sources, ou bien le kyste se forme aux dépens de cellules dilatées, hypertrophiées, ou bien le kyste est formé par un sac herniaire vide, qui depuis long-temps n'est plus en rapport avec les viscères rentrés dans l'abdomen. Si ce sac ne communique plus avec la cavité péritonéale, par oblitération de son collet, il devient une poche séreuse fort semblable à la tunique vaginale, et qui, comme elle, peut se remplir de liquide; c'est là l'hydrocèle du sac herniaire, hydrocèle qui se confond tout-à-fait et n'est souvent qu'une variété de l'hydrocèle enkystée du cordon. Tous les auteurs s'accordent ici sur la difficulté d'un diagnostic différentiel bien précis. Voici ce que dit Boyer à ce sujet : « Il est difficile de distinguer cette espèce d'hydrocèle du sac herniaire et sans hernie, de l'hydrocèle enkystée du cordon spermatique, surtout lorsque celle-ci s'étend jusqu'à l'anneau inguinal. Ce n'est guère qu'en ayant égard aux circonstances commémoratives que l'on peut établir cette distinction. Si le malade a été attaqué d'une hernie inguinale scrotale, qui a été contenue par un bandage, si la pression de la pelote du bandage a donné lieu à des élancemens et à des douleurs dans le cordon spermatique, et si, après que ces douleurs se sont apaisées, il s'est formé au-dessous de l'aine, dans le trajet du cordon, une tumeur oblongue, indolente, qui a augmenté peu-à-peu de volume, et dans laquelle on sent de la fluctuation, on ne peut méconnaître une hydrocèle du sac herniaire » (t. x, p. 188). Aucune des circonstances que mentionne Boyer ne s'est rencontrée chez notre malade; il y a donc tout lieu de croire qu'on a affaire à une hydrocèle enkystée simple.

M. Vidal a fait, le 10 avril, une ponction à la partie anté-

rieure et inférieure de la tumeur : il s'est écoulé à-peu-près de 60 à 80 grammes de liquide ; puis, une injection iodée a été poussée dans la cavité du kyste ; toutefois M. Vidal, par excès de précaution, et sachant combien tous les diagnostics sont trompeurs, a fait comprimer pendant l'injection, par un aide sur le trajet du canal inguinal, afin que s'il existait quelque communication entre le sac et la cavité du péritoine, le liquide injecté ne pût pénétrer dans celle-ci. L'inflammation du kyste a été promptement assez vive, mais sans fièvre ; quatre jours après, la résolution a commencé à se manifester, la tuméfaction diminue progressivement, de lisse et tendue qu'elle était, la peau devient ridée, et tout annonce une guérison prochaine.

L'hydrocèle est la seule tumeur irréductible humorale que j'aie observée dans ces derniers temps à l'hôpital du Midi ; il me reste à parler de quatre tumeurs irréductibles solides : une hernie avec adhérence des parois du sac aux parties voisines, un sarcocèle syphilitique, un cancer, et des tubercules du testicule.

Hernie en partie irréductible. — P..... tisseur, âgé de dix-neuf ans, couché au n° 15 de la salle 10, est entré à l'hôpital le 8 février, pour une balanite ulcéreuse. A l'âge de dix ans, dans un saut qu'il fit imprudemment, il fut tout-à-coup suspendu par les mains, tout le corps restant pendant à quelques pieds au-dessus du sol. Il se rappelle avoir ressenti aussitôt un tiraillement, une douleur à l'aine gauche, et quelques jours après il reconnut que la bourse gauche était plus grosse que l'autre. Les parens le conduisirent chez un médecin qui méconnut l'affection, et dissuada le malade de porter un bandage. Toutefois, P..... sentait très bien du soulagement quand sa hernie était réduite, s'ha-

bitua à la faire rentrer lui-même ; elle était d'abord de la grosseur d'un œuf de poule ; peu-à-peu elle grossit, et acquit le volume du poing. Sans causer de douleurs très vives, cette hernie fut à diverses reprises le siége de quelques élancemens qui se propageaient dans l'aine, et elle était moins facilement réductible par le taxis du malade. Enfin, depuis six mois, la hernie ne rentre plus qu'en partie, une portion reste au dehors et forme une tumeur. Le malade étant couché, le scrotum offre trois saillies assez marquées : l'une à droite, formée par le testicule droit ; les deux autres à gauche, dont l'une, inférieure, est formée par le testicule, et la seconde, latérale et supérieure, est constituée par le reste de la hernie qui ne peut rentrer. Par le toucher, on trouve le cordon gauche dans l'état suivant : en bas il est bien isolé, et on le sent distinctement, mais plus haut, et surtout au niveau de l'ouverture inguinale, il est volumineux, épais, et l'on trouve un prolongement de consistance pâteuse qui remonte dans le canal inguinal, et ne peut être facilement séparé du cordon. Cependant, par un examen attentif, on constate la place respective de chacune des parties : le cordon est en dedans, et le prolongement dont nous parlons en dehors de lui. Quant au testicule de ce côté, il est à l'état sain. Cette hernie pourrait être confondue avec certaines maladies du cordon, mais un examen méthodique montre la nature réelle de l'affection. Si on fait lever le malade, et puis qu'on sollicite de lui des efforts de toux, le doigt étant placé sur l'ouverture inguinale, l'on sent fort bien la tendance des viscères à descendre dans les bourses et la tumeur, loin de s'accroître, comme cela arrive dans le varicocèle par la pression exercée sur l'anneau, reste bornée à la partie qui ne peut se réduire ; de plus, si l'on fait marcher le malade, la

tumeur se reproduit tout entière. C'est donc une hernie; mais une hernie d'une espèce à part, une hernie compliquée sans doute d'adhérences ou d'un engorgement de l'épiploon, puisqu'une partie échappe à la réduction. D'ailleurs, la non-contention de la hernie, depuis neuf années qu'elle existe, les légères douleurs ressenties dans la tumeur depuis quelque temps, la difficulté de plus en plus grande pour le malade de réduire sa hernie totalement, seraient de fortes présomptions en faveur d'adhérences. Le malade a fait un long séjour à l'hôpital, du 8 février au 24 avril, et dans les derniers temps nous n'avons pas été peu étonnés quand nous avons pu réduire difficilement, mais d'une manière complète la hernie. Dans ce cas le répos au lit une grande partie de la journée a eu le meilleur résultat : il a mis la hernie dans les conditions les plus favorables à une réduction totale. Voici ce qu'on peut conjecturer, dit M. Vidal : cette hernie était formée par une portion d'épiploon qui, restée long-temps dans le sac, se serait développée vers la partie la plus déclive, soit à la suite d'une inflammation ou autrement. Par le repos cet épiploon s'est dégorgé, s'est amaigri, et il a pu franchir l'anneau.

Engorgement chronique du testicule ayant des rapports avec la syphilis. — On voit par le titre de cette observation que nous voulons quant à présent, laisser de côté la question de savoir s'il y a réellement des *testicules vénériens*, comme l'entend A. Cooper et ses fauteurs, ou s'il faut attribuer ces engorgemens à des orchites chroniques. Ce qu'il y a pour nous de certain, c'est que l'engorgement dont il va être question a pu être influencé par la syphilis dont le sujet a été affecté *constitutionnellement*.

Le nommé Colin, âgé de trente ans, serrurier, couché au n° 1 de la salle 9e, a eu de nombreuses affections vénériennes.

Voici son histoire : En 1835, blennorrhagie tombée dans les bourses ; épididymite à gauche. Traitement par la compression. — Résolution ; mais reste cependant en bas et en arrière une petite tumeur formée par l'épididyme qui demeure engorgé. Sept à huit mois après, nouvelle gonorrhée, avec balanite. — Injections au nitrate d'argent, deux par jour et pendant huit jours ; la blennorrhagie est arrêtée. — Bains locaux ; le malade peut enfin découvrir le gland et voit alors un chancre rongeant au frein du prépuce, puis un autre chancre induré se montre bientôt après sur le gland. — Traitement mercuriel (60 pilules de proto-iodure de mercure) ; quelques accidens du côté de la bouche et, pour ce motif, un peu d'irrégularité dans le traitement. En 1837, nouvelle gonorrhée, elle dure huit jours. — Trois ou quatre jours après, nouveau gonflement du testicule gauche. Nouvel emploi de la compression, mais elle est trop douloureuse et ne peut être supportée. — 15 sangsues sur le trajet du cordon. Guérison. Quinze jours après cette orchite avaient paru deux bubons inguinaux peu volumineux et presque indolens dont on obtint la résolution. En 1840, encore une gonorrhée. — Sangsues au périnée, injections avec le nitrate d'argent ; grande diminution de l'écoulement, il n'est plus que séreux et peu abondant.—Cubèbe. Ce malade, à peine guéri, se livre au coït, et l'écoulement reparaît épais, verdâtre, avec douleurs vives pendant l'émission de l'urine et lors des érections. En même temps survint une affection syphilitique de l'anus, de nature consécutive. — Cubèbe pour la gonorrhée ; traitement mercuriel, 60 pilules ; un peu de stomatite. — Guérison.

A l'affection syphilitique de l'anus succède une fistule, le malade la garde pendant quinze mois. En 1841, M. Vidal l'opère, et la guérison se fait promptement. La même année,

apparaissent de nombreuses ulcérations au cuir chevelu; le malade entre de nouveau dans le service de M. Vidal. — Pansemens simples; traitement mercuriel, 65 à 68 pilules de Dupuytren; les ulcérations se cicatrisent très lentement. Cinq à six mois après, le testicule gauche s'engorge peu-à-peu, et forme une tumeur du volume d'un gros œuf. — Frictions d'onguent mercuriel, iodure de potassium à l'intérieur; la tumeur diminue un peu. Sept à huit mois après, elle prend un nouvel accroissement, il y a épanchement séreux dans la tunique vaginale. Vers le milieu de décembre, M. Vidal fait une ponction qui donne issue à un verre de liquide. Celui-ci se reproduit bientôt, et vers le 15 janvier, on fait une nouvelle ponction, puis une injection iodée. — Sous l'influence de cette irritation locale, il se produit, comme dans les hydrocèles simples, une inflammation vive de la tunique vaginale; mais lorsque ce gonflement produit artificiellement a cessé, l'on peut constater une diminution sensible dans le volume de la tumeur. Elle offre, le 5 février, les caractères suivans : le testicule et l'épididyme sont confondus dans une seule et même tumeur dure, non douloureuse, même sous une pression assez forte, donnant lieu à un poids incommode et à des tiraillemens dans l'aine et dans la région lombaire correspondante; cette tumeur est maintenant de la grosseur d'un petit œuf; elle n'offre point d'inégalité. Le cordon spermatique est à l'état sain. Cet homme éprouve plus particulièrement la nuit que le jour des douleurs vagues dans les os et surtout dans les membres inférieurs, elles s'arrêtent au tiers inférieur de la jambe, et sont plus vives au membre droit depuis cet endroit jusqu'au genou que partout ailleurs; il n'y a point d'exostose au tibia ni ailleurs.

Cet engorgement du tibia est-il de nature syphilitique ou

bien n'est-ce qu'une affection chronique simple ? La répétition des attaques put jusqu'à un certain point le faire présumer. Mais on remarquera que l'engorgement a été indolent au début ; il n'a éveillé l'attention du malade que lorsqu'il a été assez avancé et que l'organe a acquis un volume considérable.

L'opinion qui admettrait ici le testicule vénérien serait très acceptable, parce que cet homme a été sous l'influence de la syphilis depuis long-temps, que cette affection du testicule s'est déclarée après des ulcérations du cuir chevelu, des pustules à l'anus, et qu'elle a été accompagnée de douleurs vagues dans les os.

Ce malade a pris successivement six bouteilles d'iodure de potassium de 36 grammes chacune ; au bout de huit jours de son emploi, il en prenait quatre cuillerées chaque jour, c'est-à-dire 4 grammes. Il a fait dans les derniers temps des frictions avec parties égales de belladone et d'onguent napolitain (4 grammes par paquet pour une friction), qui ont eu un bon résultat ; elles ont favorisé certainement la résolution de l'engorgement, et ont contribué à faire cesser totalement les quelques douleurs que ressentait le malade. — Il est sorti de l'hôpital dans l'état le plus satisfaisant, il ne reste plus qu'une petite dureté à la queue de l'épididyme qui n'est pas de la grosseur d'un pois.

Engorgement tuberculeux. — J...., âgé de 38 ans, tonnelier, couché au n. 14, salle 10, entré le 28 mars dernier, est d'une constitution peu robuste ; il a les cheveux blonds, la peau fine, blanche ; il a eu dans l'enfance quelques engorgemens ganglionaires. A l'âge de 22 ans, il eut un bubon à l'aine qui survint six semaines après avoir vu une femme, et quelques jours après avoir soulevé une pièce de vin, en la faisant porter sur l'aine de ce côté ; ce bubon est

très indolent, il met cinq mois avant d'arriver en suppuration; il lui faut deux mois pour se cicatriser. — En 1834, une blennorrhagie mal soignée, et qui durait encore en 1841, quand le malade entra dans le service de M. Ricord pour un chancre à la racine du prépuce; ce chancre s'indura. Pilules de proto-iodure de mercure : le malade n'en prend que cinquante. Depuis trois ans, il n'existe plus d'écoulement, seulement la muqueuse de l'urèthre est toujours légèrement humide; depuis lors, plus d'accident vénérien. Au mois de novembre 1843, cet homme ressent de temps en temps des douleurs dans le cordon du côté gauche; il est gêné dans la marche, se plaint de pesanteurs dans les bourses, mais peu prononcées; d'ailleurs l'état général est fort bon. Puis il s'aperçoit d'un petit noyau de la grosseur d'un pois, d'abord à la partie inférieure de l'épididyme, et se confondant avec lui, surtout à mesure qu'il prend du volume; il naît ainsi plusieurs petits engorgemens dans l'épididyme gauche, et à droite un peu plus tard, depuis le mois de janvier seulement. A gauche, il se produit une hydrocèle. La peau était très tendue, rénitente; aussi, l'on ne pouvait distinguer assez bien le testicule pour juger de son état; la transparence était manifeste. M. Vidal fit une ponction, mais s'abstint de faire l'injection. A cette période l'engorgement testiculaire, que nous croyions strumeux, ne pouvait guère se confondre qu'avec le squirrhe du testicule, et plusieurs circonstances empêchaient cette méprise. En effet, le malade ne ressent point les douleurs lancinantes propres au cancer, la compression de ces petites tumeurs n'est pas douloureuse. En outre, ces noyaux d'engorgement sont beaucoup moins durs que le tissu squirrheux; de plus, comme pour les tubercules, leur évolution est multiple et leur développement se fait de

préférence dans l'épididyme. Le testicule gauche contient seulement quelques noyaux, mais autour on sent la substance du testicule parfaitement saine. M. Vidal a soumis ce malade au traitement par l'iodure de potassium. — Les noyaux d'engorgement, dont plusieurs avaient la grosseur d'une petite bille, ont considérablement diminué ; à droite, l'on ne sent plus absolument rien. Peu-à-peu les autres points engorgés ont disparu, et aujourd'hui 1er mai 1843, le malade est sorti avec les testicules parfaitement sains.

Engorgement grave du testicule gauche, ablation de cet organe par un chirurgien militaire qui l'a caractérisé d'hydro-sarcocèle. Engorgement analogue, au côté droit, survenu après l'ablation du testicule gauche. — Ce fait est on ne peut plus remarquable. Il mérite toute l'attention des praticiens. On verra ici un des effets les plus prompts, les plus énergiques de l'iodure de potassium.

B., âgé de 29 ans, armurier, couché au n. 24, salle 10, est entré à l'hôpital le 11 mars. — C'est un homme peu robuste, qui a l'apparence scrofuleuse. Il dit que dans l'enfance, il n'a jamais été malade ; ses parens se portent bien et sont très vigoureux. Cependant il porte à la face et au cou des cicatrices qui sont les suites d'ulcérations scrofuleuses. Il y a six ans, il eut une blennorrhagie qui coula pendant dix-huit mois ; elle ne fut jamais douloureuse ; elle guérit sans traitement. Six mois après, survinrent des ulcérations chancreuses au prépuce et au gland, fort long-temps après tout rapport sexuel.—Le malade suivit un traitement mercuriel. Depuis, au côté droit survint à la peau une éruption que le médecin ne regarda point comme syphilitique, à ce que rapporte le malade.— Puis un engorgement dans l'aisselle gauche, sans écorchure ou plaie au membre supérieur corres-

pendant, bubon peut-être scrofuleux, traité par les maturatifs et l'incision. — Le malade rapporte avoir eu dans la bouche une ulcération syphilitique que son médecin cautérisa plusieurs fois avec le nitrate d'argent. Enfin, le testicule gauche s'engorge (le malade était alors au service militaire); en quatre mois, il acquiert un volume énorme : dur au début, il est de plus en plus mou ; des élancemens de plus en plus fréquens parcourent la tumeur : ils se font ressentir jusque dans les reins. B. resta pendant quatre mois dans les hôpitaux militaires ; enfin on fit l'ablation de cette tumeur ; en avril 1841, au bout de six semaines, la cicatrisation était complète. Cet homme reprit sa profession d'armurier. Deux ans après, apparaît un nouvel engorgement au testicule droit. Depuis le mois d'août 1843 ; cet engorgement acquit assez vite le volume des deux poings : il était dur, surtout à la partie inférieure ; il était le siége de douleurs intenses, lancinantes, qui ne laissaient point au malade un instant de repos. — Son médecin fait appliquer successivement un très grand nombre de sangsues sur la tumeur, puis il fait faire des frictions avec l'onguent mercuriel, et enfin appliquer une emplâtre de Vigo. Six semaines après, il y avait beaucoup d'amélioration ; mais le malade mène une vie peu régulière, fait des excès (malgré qu'il soit privé d'un testicule, et qu'il ait l'autre malade, le désir des rapports sexuels est chez lui très vif). — Après ces excès, les douleurs reparurent et plus fortes qu'auparavant ; c'est alors qu'il prit la résolution de se confier aux soins de M. Vidal. La tumeur est plus volumineuse que le poing, dure en arrière et sur les côtés, un peu molle en avant, où il y a apparence de fluctuation dans l'étendue d'un pouce environ ; elle est ovoïde, à grosse extrémité supérieure, et ressemble assez bien pour la forme à une hy-

drocèle ; mais elle est beaucoup plus pesante que cette dernière tumeur. Comme je l'ai dit, elle est le siége de douleurs lancinantes extrêmement vives. La dureté particulière de cette tumeur, les douleurs caractéristiques, la circonstance de l'ablation déjà faite de l'autre testicule, tout prouve que c'est là un vrai sarcocèle ; c'est une tumeur squirrheuse ou encéphaloïde qui devait avoir une terminaison funeste.

Mais depuis l'entrée du malade dans le service de M. Vidal, il y a eu une amélioration telle, qu'on est à se demander si c'est là réellement une tumeur maligne et si les premiers chirurgiens ont bien opéré de l'autre côté une tumeur de nature cancéreuse.

En effet, M. Vidal a soumis le malade, dès son entrée, à l'iodure de potassium : il y en avait environ 8 gramm. d'administré, que les douleurs avaient à-peu-près cessé ; maintenant la tumeur a diminué de moitié, et il n'y a plus trace de douleur. La partie de la tumeur où antérieurement on sentait une fluctuation obscure ne s'est point agrandie ; mais l'existence d'un liquide semble toujours plus probable : c'est bien la sensation d'un liquide, mais d'un liquide un peu épais, comme serait la matière d'un ramollissement (2 mai 1844). Le point endurci a diminué d'étendue, la fluctuation est toujours plus apparente, la totalité de la tumeur est moindre que la moitié du volume primitif. Le 17 mai la tumeur a à peine le double du volume d'un testicule ordinaire. On suspend l'iodure de potassium. On fait faire des frictions sur la tumeur avec la pommade à l'iodure de plomb.

Nous n'ignorons pas, dit M. Vidal, tous les mécomptes qu'on se prépare quand on fonde trop d'espérances sur une résolution commençante des tumeurs de nature cancéreuse. Mais, nous l'avons dit déjà, est-ce bien là une tumeur de

cette nature? Ce qui le ferait croire, c'est qu'elle est pour ainsi dire une récidive d'une autre tumeur de l'autre testicule, dont on a fait l'ablation. Tout ce que nous pouvons assurer, c'est que bien souvent nous avons assisté à la résolution d'une atmosphère d'induration autour de certains squirrhes du sein, par exemple, mais jamais nous n'avons vu la tumeur elle-même diminuer autant et si rapidement.

DE LA RÉSECTION DE LA TÊTE DU FÉMUR,

par le docteur Edouard Bonino, lauréat de l'hôpital de perfectionnement du Val-de-Grâce, chirurgien aide-major.

Notre article sur la résection de la tête du fémur (1) était imprimé, quand nous avons reçu d'Allemagne deux thèses soutenues sur ce même sujet : l'une, en 1834, par le docteur Lepold; l'autre, en 1840, par le docteur Oppenheimer. Ces thèses, que nous devons à l'obligeance de M. le docteur Textor, professeur à l'Université de Wurtzbourg, renferment trois observations étendues de résection de la tête du fémur. La première appartient à M. Lepold : elle contient le détail du fait de Jæger et de M. Textor, que nous avons cité dans notre article, sous le n° X ; les deux autres, rapportées par M. Oppenheimer, sont entièrement ignorées en France. Les trois opérations ont toutes été pratiquées par M. Textor, et les médecins qui les ont publiées y ont assisté.

Nous allons rapporter ces trois observations avec tous leurs développemens, parce que nous pensons que, dans les questions graves comme celle qui nous occupe, les faits détaillés sont précieux, et peuvent seuls conduire à la vérité.

Ire Obs. — Jean Rucker, âgé de sept ans et demi, entra,

(1) Voyez *Annales de la chirurgie*, t. x, p. 386 et suiv.

le 16 juillet 1834, dans le service chirurgical de l'hôpital de Jules à Wurtzbourg. Il était atteint de coxalgie. Son père donna les renseignemens suivans : Il y a huit mois environ, l'enfant éprouva, en tirant sa botte, un déboîtement momentané de l'os de la cuisse, et bientôt il ressentit des douleurs vives à la hanche et surtout au genou : il boita. Quinze jours après, en descendant une colline, il tomba sur le côté malade sans pouvoir se relever ; cependant, après quelques heures de repos, il put, quoique en boitant, et avec grand'peine, regagner sa demeure. Dès-lors la douleur reparut, le membre se fléchit, et l'enfant dut s'aliter (Cataplasmes, sangsues, vésicatoires). Six semaines après, il put sortir avec une béquille. Mais, il y a quinze jours ou trois semaines, il se manifesta du gonflement à la hanche, et l'enfant fut envoyé à l'hôpital.

A l'examen on constata l'état suivant : Au-devant du grand trochanter, tumeur de la grosseur du poing, douloureuse et fluctuante, sans changement de couleur à la peau ; le grand trochanter est dans sa position normale ; en arrière de lui, les parties sont dans leur état naturel, seulement la pression y est très sensible ; les mouvemens ne peuvent s'opérer sans souffrances et dans la hanche et dans le genou. Le membre malade est aussi long que celui du côté sain. Fièvre, décoloration générale du sujet.

Le professeur Jæger diagnostiqua un abcès de l'article, se faisant jour au dehors, et dépendant peut-être d'une carie des os.

Le 16 juillet, incision de trois pouces dans l'abcès ; deux tasses de pus d'un jaune verdâtre s'en écoulèrent. Le doigt ni la sonde ne firent découvrir aucun trajet fistuleux, et on put croire à l'existence d'un abcès extérieur à l'articulation.

interposition de linge cératé entre les lèvres de la plaie; application de compresses froides. Le lendemain, douleur plus vive, gonflement plus considérable, suppuration plus abondante.

Le 24, fièvre, grande sensibilité des environs de la plaie; pus en grande quantité et paraissant venir de loin. En sondant, on trouva la partie antérieure du grand trochanter et du col du fémur dénudée. Le docteur Textor, qui visita la clinique, pensa qu'il y aurait nécrose: en effet, le 29, en présence de M. Fricke, de Hambourg, on introduisit le doigt dans la plaie: on sentit des portions d'os détachées, et on put pénétrer entre le grand trochanter et la tête brisée de l'os. On crut alors devoir agrandir la plaie pour extraire les fragmens osseux, extirper la tête du fémur et même le grand trochanter s'il était carié.

L'opération fut faite trois jours après par M. Textor.

Le malade étant couché sur le côté sain, au moyen d'un bistouri boutonné, la plaie, déjà réunie aux angles, fut agrandie par deux nouvelles incisions qui se prolongeaient l'une de deux pouces et demi en haut et en arrière, l'autre d'un pouce et demi en arrière et en bas. Le lambeau ainsi formé fut disséqué, la capsule, déjà ouverte en partie, fut incisée avec les ciseaux de Cowper, et le ligament rond fut coupé. On fit saillir le grand trochanter, et celui-ci entraîna avec lui la tête de l'os, qui lui adhérait encore par du tissu fibreux, et qui avait déjà à demi abandonné la cavité cotyloïde. Le fémur était dénudé dans l'étendue de six lignes environ au-dessous du petit trochanter. On scia cependant au-dessus de ce trochanter, pour conserver l'insertion des muscles. La cavité cotyloïde était saine. L'hémorrhagie, peu abondante, fut arrêtée par des affusions d'eau froide. Cinq points de

suture furent appliqués sur les incisions obliques; l'incision longitudinale fut laissée ouverte pour favoriser l'écoulement du pus. Le malade fut couché sur le côté sain, le membre fléchi appuyé sur un oreiller.

L'opération, qui ne présenta pas de grandes difficultés, dura un quart d'heure. Le col du fémur fut trouvé entièrement détruit; il était remplacé par deux fragmens osseux nécrosés : l'un, libre, d'un pouce carré environ de largeur, épais de trois ou quatre lignes; l'autre, plus petit, de forme pyramidale et triangulaire, adhérait encore au grand trochanter.

Il n'y eut point d'hémorrhagie consécutive, ni de douleurs considérables (Application de compresses froides). Le troisième jour la suppuration s'établit avec abondance (Compresses tièdes). Les muscles présentèrent quelques traces de gangrène; les points de suture enlevés laissèrent voir le fond de la plaie déjà réuni; mais l'abondance de la suppuration affaiblissait le malade. Le décubitus latéral favorisant la saillie hors de la plaie de la partie supérieure du fémur, on coucha le malade sur le dos; mais bientôt la région du sacrum s'excoria, la fièvre était continue, le dépérissement faisait sans cesse des progrès (Décubitus latéral; décoction de quinquina avec opium, et vin rouge pour boisson). Enfin la suppuration vint à cesser, mais les symptômes généraux s'aggravèrent, et la mort survint vingt-trois jours après l'opération.

Autopsie 24 heures après la mort. — On trouva des granulations au fond de la plaie; la cavité cotyloïde avait déjà perdu de sa grandeur normale. La partie supérieure du fémur, dénudée, était en partie résorbée; mais le bassin était fracturé en plusieurs points. Une première fracture avait séparé en deux fragmens la branche horizontale du

pubis, et une autre, comminutive, siégeait à l'union de la branche ascendante de l'ischion avec la branche descendante du pubis. Les os fracturés étaient baignés par du pus qui les séparait des parties molles.

2° Obs. —Jean Wiegand, dix-huit ans, cordonnier à Heisdesheim, de constitution scrofuleuse, entra dans le service chirurgical de l'hôpital de Jules à Wurtzbourg, le 26 février 1838. Il éprouvait de grandes douleurs dans la hanche du côté gauche, et le membre correspondant était raccourci d'un pouce et demi. Les vésicatoires, les ventouses, un cautère, les frictions avec la pommade de vératrine ne calmèrent pas ces souffrances. Les ganglions s'engorgèrent; la diarrhée se manifesta, sans cependant déterminer un affaiblissement bien sensible; la fièvre apparut au commencement de juin; le malade s'amaigrit.

Le 19 juillet, on trouva un abcès derrière le grand trochanter; il fut ouvert, et l'incision donna issue à une masse considérable de pus. La tête de l'os était dénudée et presque séparée de la cavité cotyloïde; de plus, une fusée purulente traversait toute l'épaisseur de la cuisse. Bientôt la suppuration diminua; mais le plus léger mouvement causait toujours de très vives douleurs. Plus tard, la plaie donna issue à un liquide trés ténu. Le délire se manifesta pendant la nuit.

Le malade, qui souffrait cruellement, réclamait une opération. Le 4 septembre, M. Textor se décida à enlever l'os carié. Il découvrit l'article par une incision courbe, et scia la tête du fémur qui était sortie de la cavité cotyloïde. Il enleva les portions cariées de celle-ci au moyen de la scie de Leine, et toucha ensuite les parties avec un cautère en roseau.

Pendant l'opération, trois artères furent liées. On pansa la

plaie simplement, et le malade fut couché sur le côté sain, le membre étendu sur un oreiller et protégé par un cerceau.

L'opération fut rapidement terminée; elle était rendue facile par la luxation spontanée de la tête du fémur. Le malade la supporta avec courage. La tête extirpée, complétement cariée, conservait à peine la moitié de son volume normal.

Il n'y eut point d'hémorrhagie consécutive; le malade, très faible, éprouva de violentes douleurs dans le genou. La diarrhée, qui existait avant l'opération, persista, et fut combattue par les opiacés; on prescrivit pour boisson le vin rouge et l'eau sucrée. Le décubitus latéral faisait saillir le fémur hors de la plaie; on dut coucher le malade sur le dos, et le membre opéré fut mis dans l'extension. Dans cette nouvelle position, les douleurs furent moins vives, mais le délire apparut dans la nuit; le lendemain le malade était en proie à une diarrhée colliquative; le pouls s'affaiblit, la plaie se gangréna, et la mort arriva quatre jours après l'opération.

Autopsie. — Le cerveau, le cœur et les poumons sont dans leur état normal. Le foie, augmenté de volume, contient des masses granuleuses d'une nature grasse, de couleur blanc jaunâtre. Les ganglions mésentériques hypertrophiés présentent des foyers tuberculeux ramollis; des foyers semblables se rencontrent aussi dans les intestins. Quant à la plaie de l'opération, elle était gangrénée; la cavité cotyloïde n'était point perforée.

3e Obs. — Michel Artung, cinquante-quatre ans, maître charron à Bischopheim sur le Rhon, de constitution scrofuleuse, fut atteint d'un gonflement de la hanche droite, douze ans après une chute qu'il avait faite sur la glace; un abcès se forma, s'ouvrit spontanément et guérit peu de temps après.

Il jouissait, depuis ce moment d'une bonne santé, quand, il y a quatre ans, il éprouva, dans la même hanche, de violentes douleurs que les révulsifs ne firent pas entièrement disparaître. Vers la fin de décembre 1838, une nouvelle tumeur se montra à la partie supérieure et externe de la cuisse; celle-ci s'ouvrit et laissa échapper une grande quantité de pus, auquel se trouvait mêlé journellement des lambeaux mortifiés. La pression sur la hanche faisait jaillir en abondance le pus par la plaie qui avait l'étendue d'un écu.

Le 5 février 1839, il entra à l'hôpital de Jules, à Wurtzbourg, dans le service de chirurgie. On constata, avec la sonde, un foyer qui remontait vers la hanche, mais on ne put trouver aucune portion d'os dénudée. Des injections astringentes diminuèrent un peu la suppuration, mais sans autre amélioration appréciable. On agrandit alors la plaie, et on fit une contre-ouverture dans un point plus élevé. Par cette nouvelle incision, on put arriver sur le grand trochanter, qui était carié. La suppuration augmenta, et le 22 mars, M. Textor résolut d'enlever la portion malade.

Il pratiqua à la partie externe, d'après le procédé de M. Scoutteten, deux incisions obliques, venant se réunir au-dessous du grand trochanter. L'articulation fut ainsi mise à nu, et l'on trouva que la carie s'étendait jusqu'au col du fémur; il fallait donc enlever aussi cette partie. La capsule fut ouverte, le ligament rond coupé à l'aide d'un couteau courbé sur le plat. Le fémur fut scié deux pouces au-dessous du grand trochanter, et toute la partie supérieure de l'os, saisie avec des pinces à résection, fut ainsi extraite. La tête du fémur et la cavité cotyloïde étaient sains, mais on constata un décollement d'environ trois pouces qui remontait vers la partie supérieure.

Trois artères donnèrent du sang, mais celui-ci s'arrêta spontanément, et l'on n'eut besoin de lier aucun vaisseau. La plaie, nettoyée, fut seulement maintenue par des bandelettes agglutinatives, et recouverte de charpie. Le malade fut couché sur le dos, et le membre étendu protégé par un cerceau.

L'extraction de l'os avait été pénible. La tête était tout-à-fait saine; le col était carié à sa partie externe, mais le grand trochanter l'était dans sa totalité; il était creusé par deux cavités, l'une de deux pouces et demi carrés, l'autre de trois quarts de pouce, dépendant toutes deux des progrès de la maladie.

Il n'y eut pas d'hémorrhagie consécutive; mais le malade fut très abattu; son pouls était irrégulier, la soif vive (Potion calmante opiacée, limonade pour boisson). Le troisième jour l'appareil fut levé. La suppuration était modérée; les douleurs avaient cessé; l'usage de l'opium fut interrompu.

Le 1er avril, la sonde fit découvrir, à la partie externe de la cuisse, un trajet fistuleux qui donnait beaucoup de pus; du reste la plaie de l'opération avait un bon aspect. Mais des eschares se montrèrent au sacrum et laissèrent après elles des ulcérations profondes qui affaiblirent beaucoup le malade (Vin rouge et régime tonique). La plaie se réunit jusqu'au niveau du point d'union des deux incisions; mais la prostration augmentait, la diarrhée se manifesta (Préparations opiacées; frictions laudanisées sur l'hypogastre). Quoique la diarrhée et la suppuration se fussent ensuite arrêtées, les ulcérations du sacrum s'étendant, les forces du malade se perdirent, et la mort l'enleva le 12 mai, cinquante-trois jours après l'opération.

Autopsie. — Les ulcérations à la région sacrée sont les seules lésions organiques que l'on constate. La plaie de l'o

pération est cicatrisée, jusqu'à l'angle formé par les deux incisions. Les parties molles enlevées, on trouve la partie supérieure du fémur entourée de productions osseuses de nouvelle formation. La cavité cotyloïde a déjà perdu de son étendue. En dehors de cette cavité, se remarque une impression de deux lignes de profondeur, longue d'un pouce et demi, large d'un demi-pouce, et qui est formée par la pression exercée par l'extrémité du fémur qui était venu prendre, en cet endroit, un point d'appui.

Si nous considérons maintenant le premier fait, celui de MM. Jæger et Textor, que nous avons rangé, dans notre travail, parmi les insuccès, nous verrons qu'il ne parle pas, contre la résection de la tête du fémur, aussi haut qu'on le pourrait croire. Ici, en effet, nous pouvons répéter ce que nous avons dit à propos des malades de MM. Leutin et Oppenheimer : ce n'est pas l'opération qui a été la cause de la mort. Dans le cas présent, on doit l'attribuer à l'abondance de la suppuration qui épuisa le malade. Mais d'où venait le pus? Ce n'était pas tout de la plaie de l'opération, puisque, à l'autopsie, on trouva le fond de celle-ci couvert de granulations; mais il venait pour la plus grande partie du bassin, dont les os fracturés avaient déterminé autour d'eux une inflammation suppurative. C'est donc la fracture compliquée du bassin, lésion extrêmement grave par elle-même, qui a véritablement tué le malade. Nous ne nions pas sans doute, que l'opération soit venue, en quelque sorte, ajouter toute sa gravité à la gravité de la lésion déjà existante ; mais au moins sur elle ne doit pas retomber toute la responsabilité de l'issue funeste de la maladie. Si la résection n'a pas réussi, dans cette circonstance, c'est parce que l'affection contre laquelle on l'employait était au-dessus des ressources de l'art,

et non pas parce que la résection est une opération mortelle par elle-même. La désarticulation de la cuisse, si on l'eût tentée, n'aurait certes pas fait obtenir un résultat meilleur.

Arrivons aux faits qui nous étaient inconnus, et voyons s'ils sont plus probans, pour condamner l'opération que nous défendons. Le premier malade, Pierre Wiegand, mourut au bout de quatre jours; mais l'autopsie démontra qu'il était tuberculeux, c'est-à-dire condamné à une mort certaine. Est-il donc étonnant qu'une opération aussi sérieuse, pratiquée sur un malade dont l'état général est déjà très grave, qui est en proie depuis long-temps à une suppuration abondante et à une diarrhée continuelle, lui vienne en quelque sorte porter le dernier coup. Toute autre opération, même beaucoup moins dangereuse, n'amènerait-elle pas, dans les mêmes circonstances, un résultat semblable? Ce qui discrédite, en général, les opérations importantes, et cette remarque s'applique très bien à la résection de la tête du fémur, c'est qu'on les pratique ordinairement trop tard, et quand on a perdu presque tout espoir de salut. Lorsqu'un chirurgien est bien pénétré de la possibilité et de l'utilité d'une opération, il doit rechercher avec soin si l'indication de la pratiquer existe, et dans le cas d'un résultat affirmatif, il la doit entreprendre avec confiance. Agir autrement, c'est se défier à-la-fois de soi-même et des ressources de l'art. Toute temporisation prolongée après la conviction acquise de l'impuissance des moyens ordinaires du traitement et de la nécessité d'opérer, ajoute à la gravité du mal et diminue les conditions du succès. Pour le fait particulier qui nous occupe, nous croyons que l'opération n'était pas indiquée, et nous sommes assuré que le chirurgien ne l'aurait pas tentée,

si le diagnostic positif de l'affection tuberculeuse eût été possible.

Quant au troisième malade, il ne succomba que le cinquante-quatrième jour, alors que la plaie était presque entièrement cicatrisée, épuisé par les ulcérations qu'un décubitus prolongé avait déterminées dans la région du sacrum. Sans cette complication fâcheuse, indépendante, jusqu'à un certain point, de l'opération, on peut croire que le malade aurait guéri, puisque la plaie de la hanche se trouvait dans les conditions les plus favorables. Nous voyons en même temps les premières traces d'un travail de reproduction osseuse, qui permettent de penser qu'une articulation nouvelle se serait établie, et que le malade aurait conservé, au moins en partie, l'usage de son membre. Nous étions donc dans le vrai, lorsque nous émettions l'opinion que la même série de modifications organiques observées par Chaussier sur le chien, à propos de la résection de la tête du fémur, pouvait aussi s'observer sur l'homme. Ce fait, quoique suivi d'une issue funeste, nous paraît, en définitive, plaider puissamment en faveur de l'opération.

Faisons encore observer que, sur ces trois cas de carie de la hanche, deux fois la cavité cotyloïde fut trouvée saine, ce qui prouve que l'objection si souvent présentée, à savoir, l'impossibilité de la carie bornée au fémur, sans atteindre le cotyle, n'est pas aussi souvent applicable que le pensent plusieurs chirurgiens. Enfin, chez le malade où cette cavité était affectée, la cautérisation fut possible. Vermandois, Rossi, Briant, etc., qui avaient admis cette possibilité, n'étaient donc pas dans des idées aussi complétement théoriques qu'on le voulait bien dire.

Ajoutons, pour terminer, que le fait de Klüge, que nous

avons cité sous le nº VIII, est regardé en Allemagne comme douteux, parce qu'il n'a été publié, ni par le professeur auquel on l'attribue, ni par aucun de ses élèves. Aussi les auteurs des thèses dont nous venons de nous occuper, ne tiennent-ils pas compte de cet insuccès. En suivant leur exemple, nous aurons encore onze observations de résection de la tête du fémur, parmi lesquelles cinq succès : proportion extrêmement favorable pour une opération aussi grave, surtout si l'on songe que les cas d'insuccès ne prouvent pas tous contre elle.

REVUE CHIRURGICALE.

Tumeurs des muscles; par John C. Warren, professeur d'anatomie et de chirurgie, chirurgien de l'hôpital général de Massachussetts.

Ces tumeurs, d'ailleurs fort rares, se forment dans la substance des muscles. Examinées extérieurement, elles paraissent moins nettement circonscrites et moins mobiles que les stéatômes. Cependant quand les muscles dans lesquels elles sont situées sont aussi relâchés que possible, elles jouissent de mouvemens assez étendus; mais lorsque les muscles sont contractés, elles deviennent fixes. Je regarde cette circonstance comme leur caractère le plus remarquable. La portion malade n'est pas séparée d'une manière bien tranchée de la partie saine; aussi dans l'opération est-on souvent obligé de couper profondément dans les tissus environnans. Ces tumeurs sont plus souvent accompagnées de douleurs que celles qui se forment dans le tissu cellulaire, elles sont aussi plus exposées à dégénérer en cancer (*into malignant affection*). Leur origine peut souvent être rapportée à une lésion accidentelle, un coup, une fatigue, une pression long-temps continuée. Enfin, après l'extirpation elles sont assez souvent sujettes à la récidive.

Mélanose de mauvaise nature (*malignant*). — Un gentleman

s'adressa à moi dans le courant de l'année 1832 pour une tumeur du dos, située entre le bord postérieur ou base de l'omoplate et la colonne vertébrale. Trois ans auparavant, faisant un effort avec le bras droit, il avait éprouvé une sensation de relâchement, de rupture. Quelque temps après, les mouvemens de la partie étant devenus difficiles, et des douleurs s'étant manifestées, le malade s'aperçut qu'il y avait là une tumeur. L'affection faisant des progrès, un chirurgien de la campagne en pratiqua l'ablation, et la plaie se cicatrisa très bien. Lorsque je vis le malade, je constatai sur le bord du scapulum l'existence d'une tumeur assez considérable, d'une forme irrégulière, longue de 4 pouces environ, mais moins large. Il n'y avait ni ramollissement ni changement de couleur. Le tissu de la cicatrice résultant de la première opération était déprimé et adhérent à la nouvelle tumeur; celle-ci jouissait d'une mobilité peu appréciable et qui disparaissait entièrement quand le malade élevait le bras. A l'époque de mon examen, les douleurs étaient devenues très vives. L'opération fut pratiquée peu de temps après, à l'hôpital. Une première incision de forme elliptique fut pratiquée autour de la cicatrice dans la direction de la base du scapulum; une seconde, partant à angle droit de celle-ci, passa sur la tumeur en se dirigeant vers l'épine. Le muscle trapèze ne fut distingué qu'avec une certaine difficulté, tant à cause de son état morbide que de l'ancienne opération subie par le malade. Ce muscle ayant été coupé autour de la tumeur, on aperçut le rhomboïde entièrement confondu avec elle; il fallut également le couper en travers. Alors la tumeur fut soulevée au milieu des muscles contractés et saignans, et emportée. Elle était formée à l'extérieur par les deux muscles précités, le trapèze et le rhomboïde, et à l'intérieur par un tissu dur et noir comme de l'encre (*black as ink*). Ses bords irréguliers et frangés étaient constitués par des fibres musculaires à l'état normal; là se trouvait du tissu cellulaire épaissi et entremêlé avec la substance charnue. La cicatrice n'était pas encore terminée lorsqu'une phlegmasie érythémateuse s'empara de la plaie, et qu'il survint des symptômes généraux si graves que l'on craignit pour les jours du malade. Enfin celui-ci se rétablit et reprit toutes les apparences de la santé; mais six mois environ après l'ablation de la tumeur, le mal réci-

diva, offrant cette fois tous les caractères d'une affection cancéreuse qui se termina par la mort.

Cette observation est un remarquable exemple de mélanose du tissu musculaire avec le caractère de malignité. Une question digne d'intérêt est celle de savoir si en opérant autrement, en emportant, par exemple, davantage des parties voisines, on eût pu sauver le malade?... J'ai tout lieu de penser que dans les deux opérations on a enlevé tout ce qui offrait une apparence d'altération.

(*Extrait de l'Expérience, traduction de M. Beaugrand.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Illustres Médecins et Naturalistes des temps modernes, par M. Isidore Bourdon.

Il y a une vieille prétention littéraire qui ne mourra pas : c'est celle de séparer l'homme de ses œuvres dans la critique, pour éviter, comme on le dit si charitablement, toute personnalité. Or, c'est tout simplement impossible, et, cela, parce qu'il y a une prétention tout aussi vieille, et plus vieille encore, puisqu'elle est humaine et non littéraire, prétention qui nous porte à nous identifier à nos œuvres. Les médecins surtout sont dans ce cas. Bien plus, nous faisons porter notre nom à nos découvertes, pour que la postérité, et surtout les contemporains, ne se trompent pas sur la paternité. Nous gravons notre nom sur une maladie, pour qu'il soit plus impérissable encore que si le marbre l'avait reçu. On dit le mal de Pott, et on a fini par dire le chancre Huntérien. Une méthode opératoire ne portera pas le nom de sa circonstance la plus importante, du théâtre de l'action chirurgicale; mais bien le nom de l'auteur qui l'a inventée. Ainsi, on dit l'amputation de Chopart, celle de Lisfranc. Touchez à ces amputations, vous touchez à Chopart et à Lisfranc; c'est inévitable. Et encore ce n'est rien quand il y a invention véritable et

quand il n'y a qu'une invention. On connaît l'invention et l'inventeur, et on se tait si on a du mal à en dire. Mais la critique est bien autrement épineuse quand les inventeurs se supposent eux-mêmes, et quand leurs prétentions se multiplient : il n'y a plus moyen, alors, d'écrire impunément sur une foule de points de la science. Je me rappellerai toujours une réponse d'un jeune critique: il avait parlé assez légèrement de l'orthopédie; il n'avait cité aucun nom; il rencontre cependant un monsieur qui l'apostrophe en lui disant qu'il l'avait outragé. « Mais, monsieur, lui répondit le jeune critique, c'est peut-être mon père, car, pour moi, je n'ai jamais prononcé votre nom. — Vous l'avez prononcé, vous dis-je, car je m'appelle l'Orthopédie. » Le jeune critique, qui ne voulait pas outrager ce monsieur, n'écrivit plus le mot orthopédie pour éviter toute personnalité et toute fâcheuse rencontre. Mais un jour l'imprudent vient à écrire pas mal d'argumens contre la ténotomie en général. Nouvelle rencontre du monsieur, qui, cette fois, se déclare diffamé. « Rappelez donc vos souvenirs, lui dit encore le jeune critique: ce doit être mon père, lequel citait les noms et cultivait assez la personnalité; quant à moi, je ne parle que des choses, et encore en général; vous m'avez démontré dernièrement que vous vous appelliez l'Orthopédie, et j'ai rayé ce nom personnel de mes écrits. — Mais, monsieur, je m'appelle aussi la Ténotomie; vous m'avez donc diffamé. » Notez que le pauvre jeune homme avait parlé de la ténotomie *en général*. « Pour le coup, dit-il, je ne parlerai plus science, puisque je ne puis éviter les personnalités que je déteste. Je vais écrire sur le charlatanisme. » Alors un autre monsieur (il était déguisé) se présente à lui, et se dispose à en venir à ce qu'on appelle des voies de fait : « Vous m'avez calomnié, diffamé dans votre dernier écrit. — Ce doit être mon père, qui, en effet, vous en voulait un peu; mais moi, monsieur, je n'ai jamais écrit votre nom. Il est vrai que j'ai beaucoup blâmé le charlatanisme; est-ce que par hasard vous vous appelleriez ainsi ! »

La morale de tout cela, je ne puis la déduire; mais je conclurai à la nécessité des biographies, et surtout des biographies comme celles de M. Bourdon. En effet, puisqu'il y a une identification si complète entre la production et le producteur, et qu'un de ces élémens peut faire juger l'autre, mais non com-

plétement, il faut les étudier tous deux. C'est ainsi qu'on ne peut séparer la tête de l'idée qu'elle renferme, si on veut avoir toute l'idée ou toute la tête.

Je suis si fatigué des collecteurs de faits, que j'accueille avec joie un livre qui ne contient que des hommes. La connaissance d'un fait n'est rien ou presque rien ; la connaissance d'un homme, c'est énorme. Elle peut me faire une économie extraordinaire de temps. Ainsi, que M. Bourdon me peigne, comme il sait le faire, un observateur avec les yeux verts. Tous les yeux verts trompent. Il existe quatre volumes signés de cet homme aux yeux verts ; ils sont remplis d'observations. Je n'en lis pas une : Économie de temps.

Voilà les œuvres de Cuvier, que je n'ai jamais vu, jamais connu. Je le connais maintenant, ce qui vaut mieux que l'acquisition d'un fait. Vous le connaîtrez comme moi si vous voulez voir son portrait par M. Bourdon. Ce ne sont pas seulement des lignes qui circonscrivent ses traits, ce n'est pas une simple silhouette, ce ne sont pas seulement des yeux à l'abri sous une grande voûte osseuse ; c'est le regard du génie. La page où M. Bourdon reproduit ce regard avec une si grande vérité, justifie à elle seule le succès obtenu par son livre. Ce regard, c'est celui qui plonge dans la prodigieuse et malheureuse fertilité d'une correspondance académique, et qui voit, tout juste, le point lumineux (quand il y est). En effet, Cuvier, secrétaire de l'Académie des sciences, ne voyait dans ce fatras de lettres adressées à ce corps savant que la page digne de cette assemblée. N'y avait-il qu'une phrase importante? elle n'échappait pas à son regard. Il ne redoutait pas plus les orateurs diffus que la triste abondance des épîtres académiques, car il était certain que son attention se porterait exclusivement sur le point important du discours.

Ce n'est pas seulement l'analyse de cette haute faculté qui mérite d'être méditée dans le livre de M. Bourdon, mais Cuvier, auteur de trente-trois volumes, panégyriste, et surtout Cuvier, classificateur, homme de la méthode. Puis vient la vie intime de Cuvier, là où l'homme est complétement vrai ; ses mœurs, ses opinions, etc. Pour apprécier convenablement une nature si encyclopédique, si diverse, si exubérante, il fallait non-seule-

ment connaître Cuvier, mais savoir, en bonne partie, ce que Cuvier savait. Il a été fait bien des éloges de Cuvier, et tous sont, il faut en convenir, parfaitement académiques, mais tous restent incomplets. Je crois en avoir insinué la raison. M. Bourdon, à l'avantage de n'être pas académicien, joint celui d'être écrivain et des plus fins. Il a été aussi passablement instruit à l'école et à la maison de Cuvier, ce qui fait de son histoire un grand et vrai portrait de cet homme si supérieur. Après Cuvier, vous trouverez les esquisses de Boerhaave, Lamarck, Haller, Bordeu, Camper, Barthez, Bichat, Corvisart, Béclard, Hannemann, Dupuytren, etc. Vous aurez le plaisir de rencontrer des contemporains vivans. Un écrivain qui a pu peindre Cuvier pouvait se hasarder à peindre tous les médecins, tous les naturalistes, car Cuvier les comprend tous.

Dans les *Annales de la chirurgie*, Dupuytren devrait surtout être apprécié; mais ce que nous dirions de l'histoire esquissée par M. Bourdon, est connu de nos lecteurs, car nous avons déjà donné, d'après un professeur de Montpellier, un parallèle de Dupuytren et de Delpech qui fait principalement connaître ce premier. M. Bourdon a seulement ajouté des détails domestiques, des anecdotes. Mais, pour ne pas être indigne du sujet, ces détails exigent une légèreté de touche et un coloris que M. Bourdon connaît parfaitement, mais dont l'imitation pourrait nuire à M. Bourdon, à Dupuyten, et surtout à moi. Je renvoie donc le lecteur au petit livre jaune qui n'a que 464 pages. A. V.

VIDAL (de Cassis), *Rédacteur principal*.

ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

RECHERCHES

pour servir à l'histoire des tumeurs blanches.

Par M. le docteur RICHET, prosecteur de la Faculté, interne-lauréat des hôpitaux.

(Voyez la 1re partie, page 5 et suivantes).

2° *Des altérations des extrémités articulaires des os.*

Les diverses maladies qu'on observe dans le système osseux peuvent déterminer des tumeurs blanches quand ces maladies se rapprochent des extrémités articulaires. Les altérations que je vais décrire ne sont donc point spéciales aux arthropathies. Cependant la texture des os en ce point, et le voisinage de la cavité articulaire, modifient assez la manière d'être ordinaire des lésions du squelette, pour que jusqu'à ce jour presque tous les auteurs les aient envisagées comme des lésions distinctes de l'ostéite, de la nécrose, de la carie, des tubercules, etc.; la raison en est, je crois, facile à trouver. Lorsque les extrémités articulaires deviennent malades, l'affection reste rarement bornée au tissu osseux; dès-

lors les symptômes dont elle est habituellement accompagnée ailleurs, sont ici masqués par d'autres se rattachant à la transmission de la maladie, à la synoviale, aux cartilages, etc.

Cette manière d'envisager les faits n'est point nouvelle, puisque Rust (*Arthrocacologie*, analyse très-détaillée, par Dubreuil. *Mémorial des hôpitaux du Midi*) pense que presque toutes, sinon toutes ces arthrocaces, sont dues au gonflement inflammatoire des extrémités articulaires. Puis M. Velpeau (art. ARTICULATION du Dictionnaire en 30 volumes), et enfin M. Gerdy (*Archives de médecine*, 1836), émettent formellement cette opinion que toutes les maladies des os, quelle que soit leur nature, peuvent en se rapprochant de l'articulation faire naître des tumeurs blanches.

Comme pour la synoviale, l'affection peut débuter par le tissu osseux, ou l'envahir secondairement: j'examinerai successivement les altérations qui caractérisent ces deux variétés.

A. *Des altérations primitives du tissu osseux.* — De toutes les maladies qui peuvent naître dans le tissu osseux, l'inflammation est, sans contredit, la plus fréquente; elle se présente aux extrémités articulaires, comme partout ailleurs, sous des formes diverses. Tantôt elle agit sur le tissu osseux en dilatant ses cellules spongieuses, de sorte que l'os paraît dans certains cas, comme soufflé; il est plus léger, moins dense, etc.; c'est la variété décrite sous le nom de scrofuleuse par tous les auteurs, Boyer entre autres; c'est l'*ostéite raréfiante* de M. Gerdy.

D'autres fois, tout en augmentant de volume, l'os est plus lourd, plus dense, il est creusé de nombreux sillons ou *canalicules*, la coupe en est comme pierreuse; c'est l'*ostéite condensante*.

Enfin, l'ostéite, soit raréfiante, soit condensante, peut se

terminer par la carie (ostéite ulcérante), ou bien par la gangrène : c'est la nécrose.

J'ai établi précédemment que les parties les plus vasculaires d'un os long étaient les extrémités articulaires, que c'était là où la substance spongieuse acquérait son plus grand développement. On comprend dès-lors que l'inflammation doit être beaucoup plus fréquente aux épiphyses que dans la diaphyse : c'est ce qui existe en effet. Quelle que soit la cause sous l'influence de laquelle va se développer l'ostéite, elle sera toujours lente dans sa marche, comparativement à la rapidité des symptômes inflammatoires dans les parties molles. Rarement on a l'occasion d'examiner cette maladie à son début ; aussi l'anatomie pathologique en est-elle moins bien étudiée que celle des périodes plus avancées. Toutefois, comme l'inflammation d'une extrémité articulaire se propage facilement, ainsi que je l'établirai tout-à-l'heure, à l'autre extrémité, il m'a été donné de pouvoir plusieurs fois examiner sur une portion d'os éloignée du foyer principal les premiers degrés d'une ostéite parvenue ailleurs à son entier développement. Or, voici ce que l'on constate : à l'extérieur, l'os, non dépouillé de son périoste, paraît rouge et vascularisé, le périoste est épaissi, et quand on l'arrache, on voit sourdre à la surface de l'os dénudé des gouttelettes de sang qui reparaissent aussitôt après qu'on les a essuyées ; quelquefois l'os est plus *volumineux*, il est *gonflé*. Ce phénomène, nié par plusieurs auteurs anglais, n'est pas constant, à la vérité, mais on peut le constater en certains cas, même à cette période. Toutefois, je reviendrai sur ce point important en temps et lieu. Si on fend l'os à l'aide d'une scie fine, on sent qu'il a perdu sa résistance normale, qu'il se laisse plus facilement pénétrer. La coupe en est d'un rouge vineux,

et le sang, abondamment contenu dans les cellules, est mélangé d'une substance oléagineuse.

Les cellules semblent agrandies, comparées à celles d'un os sain, et mieux, quand on le peut, à celles de la portion semblable de l'os opposé du même sujet, comme j'ai souvent pu le faire (*observations* 2me et 4me). Si on presse avec le doigt sur les cellules, tantôt elles présentent une assez grande résistance, d'autres fois elles se laissent facilement enfoncer selon la variété d'ostéite qui tend à s'établir.

A un degré plus avancé, tous les caractères cités plus haut s'exagèrent; de plus, on voit la substance compacte qui enveloppe l'os se creuser d'une multitude de petits trous qui deviennent de plus en plus apparens, et sont destinés à laisser passer les nombreux vaisseaux qui pénètrent l'os; à cette époque, des sécrétions périostales commencent à être versées sur sa surface externe. Il est alors augmenté de volume et hypertrophié par ces deux mécanismes : agrandissement des cellules, et couches nouvelles déposées à sa surface.

Ce gonflement de l'os est tellement manifeste, que je ne comprends point que quelques auteurs aient pu le nier. Ainsi, Crowther, Russell et S. Cowper, disent n'avoir jamais pu le constater (S. Cowper, *Dict. de chir. prat.*, article ARTICULATION). Ils prétendent que si quelquefois, sur le vivant, on a cru le trouver, les sens de la vue et du toucher ont été trompés, puisque d'ailleurs, sur des pièces pathologiques, les os étant dépouillés des parties molles, on n'avait, par la mensuration, constaté aucune augmentation de volume. Mais de ce que ces observateurs n'ont pas rencontré ce gonflement, il ne faudrait pas conclure qu'il n'existe pas; car, d'une part, d'autres l'ont trouvé fréquemment, et, d'autre part, je possède plusieurs pièces sur lesquelles il est facile

de s'assurer du fait que j'avance, ces os devant être très prochainement déposés au musée Dupuytren.

On sait que Rust (*op. cit.*) n'admettait guère qu'un seul genre d'altération dans les arthrocaces: c'était l'inflammation centrale des os. Il disait que cette inflammation produisait, dans certains cas, un tel gonflement, qu'il pouvait être et était même la cause principale de la sortie de la tête du fémur dans les luxations spontanées. Il y a évidemment une grande exagération dans cette manière de voir. Toute fois, il ne faut pas absolument repousser ce gonflement de la tête, car M. Demarquay a présenté à la Société anatomique, cette année même (1844), une pièce sur laquelle on voit la tête du fémur énormément hypertrophiée, mais cependant parfaitement contenue dans la cavité, qui s'est agrandie pour la recevoir, de sorte que la luxation est devenue tout-à-fait impossible. La tête fémorale, fendue par le milieu, présente 7 centimètres dans son diamètre transversal, et 23 centimètres de circonférence, c'est-à-dire qu'elle a presque doublé de volume. D'ailleurs, sur le vivant même, il est des moyens de constater ce gonflement, pour les articulations superficielles, d'une manière presque infaillible, et que voici :

Soit un genou malade, celui du côté droit, par exemple : on place sur le condyle interne le doigt médius, et sur l'externe le pouce, et on presse lentement et graduellement, de manière à arriver sur les saillies osseuses, après avoir chassé tout l'œdème qui les dérobait à un toucher superficiel. On place alors dans la dépression laissée par les doigts les deux extrémités d'un compas d'épaisseur, on note l'écartement des branches sur le curseur, et on examine comparativement le côté sain ; de cette manière on constate quel-

quefois jusqu'à un demi-centimètre de différence dans le diamètre transversal des condyles, ce qui dénote un gonflement considérable de la totalité de l'os. Ce gonflement arrive même quelquefois avec une rapidité vraiment incroyable et difficile à expliquer, par les altérations, qui, d'ordinaire, se passent dans la texture de l'os, et M. le professeur Bouillaud, auquel je faisais récemment part de ces résultats, me dit que depuis long-temps déjà il avait eu l'occasion de faire cette remarque dans les cas de rhumatisme articulaire.

Revenons à la description des altérations organiques. Ces sécrétions périostales dont je parlais tout-à-l'heure sont loin d'être constantes au début; je les ai observées surtout dans l'ostéite consécutive à des inflammations circonvoisines. Lorsque, au contraire, la maladie a son point de départ dans l'intérieur de l'os, elles ne se manifestent que dans les dernières périodes, alors que l'affection se porte à l'extérieur. La raison en est bien simple : lorsque les os sont enflammés secondairement, la cause morbide allant de l'extérieur à l'intérieur, c'est le périoste qui le premier est affecté ; dans le cas, au contraire, où la maladie débute dans le tissu spongieux, ce n'est qu'à la longue que cette membrane devient malade.

La rougeur de l'os, avons-nous dit tout-à-l'heure, était générale et uniforme dans l'extrémité articulaire affectée; maintenant elle semble se concentrer sur certains points : on peut voir alors, de distance en distance, comme des foyers sanguins dont la grosseur varie depuis celle d'un pois jusqu'à celle d'une noisette; les uns présentent une teinte violacée, d'autres une teinte brunâtre; dans quelques-uns on voit comme du sang noirâtre épanché entre les cellules, d'où on peut le retirer sous forme de caillots

Si, à cette époque, on examine la surface articulaire de l'os, on remarque que la lame compacte qui est interposée entre les cellules spongieuses et le cartilage s'amincit, se perfore : ces perforations donnent passage à du sang noirâtre, qui soulève et décolle le cartilage déjà moins épais qu'à l'état normal, et qui commence à se cribler de trous par sa face profonde. D'autres fois, ce soulèvement du cartilage est opéré par des bourgeons charnus, qui, nés des cellules malades, comme dans les cas de carie ordinaire, tendent à se porter du côté où la résistance est moindre. Si alors on enlève le cartilage, la lamelle compacte sur laquelle il s'insère y reste attachée, et on trouve au-dessous comme une couche rougeâtre, fongueuse, et uniformément aplatie ; ce dernier caractère est dû à l'opposition que la lamelle compacte met au développement de ces bourgeons charnus. Souvent on ne découvre rien d'anormal dans la cavité articulaire elle-même. Si on poursuit l'altération du côté du canal médullaire, on le trouve rempli d'une substance gélatiniforme, mélangée d'une matière onctueuse d'un rouge briqueté, et qu'on pourrait prendre de prime abord pour un caillot sanguin.

Enfin, à une période plus avancée, les cellules spongieuses de l'extrémité articulaire affectée deviennent de plus en plus spacieuses ; dans quelques cas, elles semblent plutôt se resserrer, ce qui paraît dû à l'hypertrophie de leurs parois. Dans la première variété, le scalpel les pénètre avec facilité en faisant entendre une légère crépitation, tandis que, dans la deuxième, on ne peut le faire avancer qu'avec difficulté. Bientôt quelques-uns des foyers sanguins disséminés dans la substance spongieuse prennent une couleur jaune à leur centre, d'autres sont remplis par une matière coagulée ayant tous les caractères du pus concret : ce sont là de véritables

abcès osseux. Enfin, dans des points où la maladie est plus avancée, les cellules, dépouillées de la membranule qui les tapissait, sont comme infiltrées d'un liquide grisâtre, et si on projette en ce point un filet d'eau, on met à nu les lamelles nécrosées, qu'une inflammation circonférentielle tend à détacher du reste de l'os. Ces parcelles d'os, frappées de mort, presque toujours présentent une hypertrophie intercellulaire plus ou moins considérable, et on les trouve alors plus dures, plus résistantes que le tissu spongieux ne l'est à l'état normal : c'est là un des caractères de la nécrose du tissu celluleux. Ces séquestres peuvent-ils être détruits complétement, disparaître, et laisser à leur place une excavation plus ou moins volumineuse? Je le crois. Sur un fémur dans lequel j'ai trouvé des abcès analogues à ceux que je viens de décrire, j'ai vu de ces cavités qui, sans nul doute, marquaient un degré plus avancé de la maladie. J'avoue, toutefois, que je ne puis m'expliquer cette disparition de ces lamelles nécrosées : je ne puis admettre, sous ce rapport, l'explication qu'en donne M. Malespine.

Mais ce n'est pas toujours de cette manière que se comporte l'ostéite des extrémités articulaires : en effet, au lieu de se rassembler en foyers plus ou moins circonscrits, l'infiltration sanguine reste diffuse, et tous les points de l'os affecté semblent prendre une part égale à la maladie.

C'est donc dans ces cas qu'une partie considérable de l'os, par un mécanisme analogue à celui que je mentionnais tout-à-l'heure, peut être nécrosée et enfermée par les sécrétions périostales de nouvelle formation. Quelquefois, comme dans l'*observation* n° 4me, le séquestre fait saillie dans la cavité articulaire.

En examinant la surface osseuse qui correspond à l'articu-

lation la plus voisine, on remarque que la lamelle compacte que nous avions vue tout-à-l'heure soulevée, tantôt par une couche de sang, tantôt par des fongosités s'élevant des cellules spongieuses, tend à se détruire partiellement ou en totalité : le cartilage subit exactement les mêmes altérations, il s'érode par place, ou s'amincit et se résorbe complétement; *il suit, en un mot, la fortune de l'os.*

S'il est seulement troué, de la sanie sort par les pertuis, est versée dans l'articulation, et dès-lors la synoviale va participer lentement à la maladie. Jusqu'alors il n'y avait eu qu'ostéite; nous avons maintenant une maladie de l'articulation.

Si, au lieu de petits trous, le cartilage présente des érosions plus ou moins larges, à parois irrégulières, laissant à découvert une portion plus ou moins vaste des cellules spongieuses, les fongosités, jusqu'alors comprimées, vont sortir par ces érosions, et comme déjà la synoviale irritée s'est enflammée, elle pousse des prolongemens membraniformes sur les cartilages, lesquels vont s'unir, comme je le disais précédemment, aux fongosités qui viennent faire hernie dans la cavité articulaire.

Enfin, dans quelques cas rares, tout le cartilage est détaché; il tombe en totalité, chassé qu'il est par les bourgeons celluleux, se roule sur lui-même, et on le retrouve *caché dans un coin de l'articulation*, ayant d'ailleurs conservé ses caractères physiques ordinaires, sauf qu'il est réduit à une très mince lamelle. C'est ce que l'on pourrait appeler la *nécrose des cartilages*, nécrose comparable à la chute d'un ongle ou d'un poil après une maladie de leurs organes sécréteurs. Les auteurs interprètent différemment ces faits pathologiques. Ainsi, pour M. Blandin, ces bourgeons, qui soulèvent et décollent le cartilage, seraient dus à l'hypertrophie

de la synoviale devenue apparente par l'état morbide, d'invisible qu'elle était à l'état normal. Quant à M. Gerdy, il désigne cette variété sous le nom de *sous-diarthrite*, et la croit due à l'inflammation d'un tissu cellulaire qui, selon lui, existerait entre le cartilage et l'os.

Me basant uniquement sur l'examen attentif des faits dont je fais suivre les observations, je ne puis adopter ni l'une ni l'autre de ces opinions, et il faut que je sois bien certain de ce que j'avance pour me mettre en contradiction avec des autorités aussi compétentes. Ces fongosités ne sont autre chose que des bourgeons développés à la surface des cellules spongieuses, bourgeons analogues à ceux que l'on rencontre souvent sur tous les autres points du squelette dans les cas de carie. Ils sont situés au-dessous de la lamelle compacte qui supporte le cartilage, et la preuve, la voici : dans tous les cas où on les rencontre, si on enlève le cartilage, on voit, en regardant à contre-jour la face qui était adhérente à l'os, qu'elle n'est point lisse, mais bien comme hérissée d'aspérités. En y promenant la pulpe du doigt, on éprouve la même sensation qu'en la passant sur un morceau de sucre. A quoi sont dues ces aspérités? Sans contredit, à la présence de la portion osseuse sur laquelle s'implantait le cartilage. Or, comme les bourgeons ne s'aperçoivent que quand on a enlevé ces deux lames, on ne peut s'empêcher d'en conclure qu'ils ne sont point développés entre l'os et le cartilage, mais bien entre les cellules spongieuses et la lamelle compacte.

Et d'ailleurs, en y réfléchissant, il n'y a dans ce fait rien qui doive étonner, qui soit contraire aux règles de la pathologie des os. En effet, la mince lame de tissu compacte qui recouvre les condyles du fémur, par exemple, donne, à l'état normal, attache à un cartilage d'encroûtement qui lui

est si intimement uni, que c'est avec les plus grandes difficultés qu'on parvient à l'en séparer. Cette lamelle n'a point de périoste qui lui apporte à sa surface externe des matériaux pour s'accroître : elle ne vit donc que par sa face profonde, par ses connexions avec les cellules spongieuses, de sorte qu'une fois ces dernières malades, sa nutrition est interrompue ; elle ne tient plus alors qu'au cartilage, tissu inorganisé avec lequel elle doit mourir (l'*observation* 4me en est un bel exemple).

Quand l'ostéite est arrivée à ce degré à une des extrémités articulaires, il est rare que l'inflammation n'ait pas retenti dans l'autre en suivant le canal médullaire. On observe alors une rougeur intense tout le long de ce canal, avec de petits épanchemens sanguins, et tous les phénomènes d'une ostéite à son premier degré dans l'extrémité opposée ; souvent même on trouve l'articulation correspondante contenant un liquide synovial, rougeâtre ; la séreuse est vascularisée et les cartilages amincis ; quelquefois j'y ai rencontré des érosions déjà fort avancées. Ce qu'il y a de remarquable dans ce fait de transmission de la maladie d'une extrémité de l'os à l'autre, c'est que l'aspect extérieur de la diaphyse ne le laisserait point soupçonner : il faut la fendre longitudinalement pour suivre convenablement la continuité des phénomènes pathologiques. On dirait que la substance compacte formant le cylindre osseux a fait l'office d'un tuyau inerte qui a transporté la maladie d'une articulation dans une autre. Ce fait est de la plus haute importance pour le diagnostic et le traitement des tumeurs blanches ; j'en ferai ressortir plus loin les conséquences.

Voilà donc l'articulation envahie, et l'ostéite devenue une tumeur blanche. La synoviale, qui jusqu'alors ne s'était em-

flammée, comme le périoste, d'ailleurs, que par contiguïté et beaucoup moins vivement que lui, devient malade par voie directe, et subit toutes les altérations que j'ai précédemment décrites, et sur lesquelles je ne reviendrai pas. Je me bornerai à dire que c'est dans ces circonstances que l'on observe cette forme d'inflammation lente et chronique de la synoviale, qui ne semble pas avoir besoin, pour s'établir, de passer nécessairement par un état aigu. Souvent, dans cette variété d'arthropathie, on observe au pourtour de l'articulation malade, et même souvent assez loin d'elle, des fistules donnant issue à un pus sanieux et fétide. Ces trajets conduisent quelquefois dans la cavité articulaire, mais souvent aussi ils se rendent à une portion osseuse nécrosée ou cariée, située sur un point quelconque de l'os affecté, mais en dehors de la cavité articulaire. Enfin, dans d'autres cas, ces orifices fistuleux ne conduisent que dans les parties molles : il est impossible, à l'aide du stylet, de découvrir une portion d'os altérée, ou d'entrer dans l'articulation. Ce sont des abcès analogues à ceux que nous avons étudiés dans les maladies de la synoviale, et qui sont occasionnés par le retentissement de l'inflammation osseuse dans le tissu cellulaire environnant. C'est à cette variété que M. Gerdy a réservé le nom d'*abcès circonvoisins*.

Arrivée à ce degré, il est rare que l'ostéite articulaire avec toutes ces complications qui constituent ce qu'on désigne sous le nom de *tumeur blanche*, puisse guérir.

Les os, en effet, quand ils ont été ainsi modifiés dans leur texture, ne peuvent pas, comme les parties molles, reprendre leur état primitif. On comprend difficilement que les canaux vasculaires de nouvelle formation, que les cellules élargies puissent revenir sur elles-mêmes, se resserrer et expulser les

liquides qui ont pris l'habitude d'y affluer; et la guérison n'est cependant possible qu'à cette condition. Comment, d'ailleurs, concevoir qu'un séquestre, qu'une portion nécrosée, enfermée dans les tissus, ne produise aucun accident ? C'est un corps étranger, une épine, qui provoquera sans cesse de nouvelles bouffées inflammatoires.

Cependant, malgré tous ces obstacles, la nature met quelquefois un terme à ces ravages. On voit alors les surfaces articulaires dénudées se recouvrir de lamelles opalines extrêmement minces et transparentes (voyez *observ.* 4me), qui, plus tard, s'épaississent, et enfin deviennent de véritables cartilages de nouvelle formation, comme dans les pseudarthroses (voyez *observ.* 5me).

Les os ont quelquefois alors changé leurs rapports naturels : ils sont luxés complétement ou incomplétement ; une nouvelle séreuse se forme de toutes pièces, doublée elle-même par une nouvelle capsule fibreuse, de sorte que toute cette articulation est de nouvelle formation, ou plutôt, pour me servir d'une expression vulgaire, elle est *remise à neuf*.

En cet état, elle est encore susceptible de devenir de nouveau le siége d'une tumeur blanche. L'*observation* 3e, déjà citée, en fournit un exemple des plus remarquables.

Je passe très rapidement d'ailleurs sur ces pseudarthroses : il n'entre pas dans mon cadre de les étudier.

Dans quelques cas, les surfaces osseuses dénudées se cicatrisent, mais, comme se cicatrise le tissu osseux, c'est-à-dire que des sécrétions, des stalactites unissent solidement les portions du squelette qui entrent dans la composition de l'articulation malade, en se portant de l'une à l'autre, ce qui en amène la soudure, et, par conséquent, l'immobilité com-

plète. C'est ce qui constitue l'ankylose vraie ou complète des auteurs.

B. Les tubercules des os, décrits par Delpech, M. Nichet et M. Nélaton, peuvent aussi, quand ils se développent dans l'extrémité articulaire d'un os, donner naissance à une maladie de l'articulation, et cela de deux manières : ou bien en provoquant dans l'os, par leur présence comme corps étrangers, une ostéite qui fera naître l'érosion des cartilages diarthrodiaux, comme dans le cas cité par Delpech (1) ; ou bien en s'ouvrant dans la cavité articulaire elle-même, comme dans le cas que M. Nélaton a fait figurer dans sa thèse inaugurale ; et, comme le fait remarquer cet auteur, ils auront d'autant plus de tendance à se porter vers la cavité articulaire, que là ils ne trouvent point d'obstacles de la part des sécrétions périostales.

C. Enfin, il est une altération des os qui mérite une mention particulière, parce qu'elle n'a pas été décrite encore, et qu'elle n'est cependant pas très rare. Sans doute, tous les observateurs l'ont rencontrée; je l'ai moi-même souvent vue, mais sans pouvoir d'abord me rendre compte de sa nature, de sorte que ces premiers faits ont été perdus pour moi, en raison de cette difficulté. Toutefois, depuis que mon attention a été attirée sur ce sujet spécial, je l'ai de plus en plus minutieusement observée ; j'en donne une observation, et c'est d'après l'examen de cette pièce et d'une autre plus récente, dont je ne puis, à cause de la longueur, donner ici la description, que je me hasarde à consigner le résultat de mes recherches.

Tous les pathologistes ont certainement dû voir des articulations à peine remplies de quelques cuillerées à café d'un

(1) *Mémorial des hôpitaux du Midi*, t. 1er, p. 500.

liquide séro-sanguinolent ou purulent, et dont la synoviale était à peine injectée. Sur les surfaces articulaires, les cartilages sont érodés, amincis, inégaux, et comme pointillés par un grand nombre de petits pertuis. Au-dessous d'eux, quand on les soulève, et ils se décollent facilement, on trouve une couche sanguinolente, que quelquefois même on peut apercevoir par transparence à travers le cartilage aminci. Ce sang, de la couleur et de la consistance de la gelée de groseilles, est interposé entre les cellules spongieuses et la lamelle compacte qui a suivi le cartilage dans sa *décortication*, et à la face profonde duquel on la trouve. Jusque-là, il n'y a rien d'extraordinaire ; et, si ce que j'ai exposé touchant la vitalité des cartilages est vrai, comme ici la synoviale n'est pas malade, c'est l'os qu'on s'attend à trouver plus ou moins profondément altéré. Or, l'os étant scié, au lieu de trouver ces cellules vivement enflammées et gorgées d'un liquide sanguinolent ou purulent, on constate qu'il se laisse facilement pénétrer par la scie, et que sa coupe présente une couleur jaunâtre d'autant plus prononcée qu'on approche du centre. Les cellules sont visiblement agrandies, et si avec le doigt on les presse, on les enfonce avec facilité ; en cédant, elles font entendre une crépitation légère, et en même temps on en expulse un suc huileux en abondance, et d'une couleur jaunâtre. Je n'ai jamais pu découvrir le plus petit vaisseau au milieu du tissu spongieux ; seulement, ainsi que je l'ai déjà indiqué, du côté de la cavité articulaire, entre les cellules et la lame compacte, se trouve une véritable suffusion sanguine.

Le canal médullaire est abondamment rempli de ce liquide jaunâtre ; quant au tissu compacte, il a presque complétement disparu : il est réduit à une couche si mince, qu'aux extré-

mités articulaires la pression du doigt suffit pour le faire ployer, et on produit un *enfoncement sans fracture*. Le périoste ne paraît ni rouge ni enflammé; on ne trouve à l'extérieur aucune trace de cette vascularisation signalée dans l'ostéite; enfin, le volume de l'os semble plutôt diminué qu'augmenté. Toutefois, dans certains cas, je l'ai trouvé augmenté, notamment dans une pièce que j'ai sous les yeux. Que penser d'une pareille altération? Certes, si l'on n'était en garde contre l'*ulcération* des cartilages, on pourrait croire ici à une maladie primitivement développée dans ces lamelles. Mais, outre qu'on ne trouve pas plus dans ce cas que dans les autres de vaisseaux développés dans leur épaisseur, ni même à leur surface, on est fort embarrassé pour expliquer pourquoi cette couche sanguine est interposée plutôt entre la couche compacte et les cellules, qu'entre le cartilage et la couche compacte. Si, en effet, le cartilage eût été le premier malade, c'est entre lui et l'os que devraient se trouver les liquides : au contraire, nous les rencontrons dans l'épaisseur de l'os lui-même; force nous est donc de chercher dans cet organe l'explication du phénomène, et je crois qu'on peut en donner une plausible.

Ce liquide oléagineux qui imbibe toutes les cellules, cette friabilité, cette augmentation des cellules, cette atrophie des lames compactes, tout n'annonce-t-il pas que l'os a subi accidentellement une dégénérescence graisseuse analogue à celle qu'on rencontre ordinairement chez les vieillards? Or, ces dégénérescences excluent de l'os toute vitalité; il ne reçoit plus que des vaisseaux sanguins insuffisans : dès-lors la lamelle compacte et le cartilage, à peine nourris, s'altéreront, tendront à s'éliminer, et, pour accomplir ce phénomène, la vie languissante de l'os, un instant réveillée, don-

nera naissance à cette sécrétion sanguinolente que nous avons constatée dans les cellules spongieuses avoisinant la lamelle compacte.

Quoi qu'il en soit de l'explication que je propose ici, il n'en reste pas moins ce fait : c'est que cette altération donne naissance à des tumeurs blanches, qui méritent d'autant mieux d'être étudiées, qu'avec une apparence bénigne elles sont cependant très dangereuses, à ce point qu'elles nécessitent l'amputation. La pièce dont je donne plus loin l'observation provient précisément d'une femme à laquelle M. le professeur Blandin a amputé la cuisse cet été (1843), (voyez *observation* 6e).

Les fractures dans les articulations, les hydatides, le cancer, etc., peuvent encore affecter primitivement le tissu osseux, et donner naissance à des maladies des articulations. Je n'ai point pour but de décrire les diverses altérations qui peuvent produire ces affections ; je parlerai seulement de ce que j'ai observé sur une pièce fort remarquable, recueillie dans le service de M. Michon, et que je dois à l'obligeance de M. Leroy, interne à l'hôpital Cochin.

Il s'agit d'un cancer encéphaloïde qui, après avoir envahi toute l'épaisseur de la main, de la face dorsale à la face palmaire, s'avançait du côté de l'articulation radio-carpienne. La synoviale commençait à s'épaissir, à devenir fongueuse, et déjà en un point elle avait envoyé sur le cartilage de l'extrémité radiale un prolongement membraneux, très curieux en ce sens qu'il recouvrait les deux tiers de la surface articulaire, mais sans adhérer le moins du monde au cartilage lui-même ; on pouvait le repousser et le ramener à volonté : il est clair que plus tard il aurait fini par envahir complétement toute la surface. Le radius et le cubitus s'étaient hyper-

trophiés, et en les fendant longitudinalement, je constatai qu'ils étaient plus mous qu'à l'état normal ; ils se laissaient facilement pénétrer par le scalpel ; les cellules spongieuses de l'extrémité inférieure du radius me parurent agrandies ; elles étaient d'ailleurs abondamment remplies d'un suc huileux d'une couleur jaunâtre. Il n'est pas douteux que si l'amputation du membre n'eût mis un terme aux ravages de l'affection cancéreuse, l'articulation radio-carpienne n'ait été très prochainement envahie et détruite. Je cite ce fait pour être complet, car il est évident qu'ici les désorganisations qu'amène le cancer ne ressemblent point à celles qui caractérisent les tumeurs blanches proprement dites.

B. *Altérations consécutives du tissu osseux.* — Je viens de démontrer que, lorsque l'ostéite articulaire arrivait à ses dernières périodes, la synoviale s'enflammait secondairement, soit par contiguïté, soit directement, par le contact du liquide versé dans l'articulation à travers les érosions des cartilages. De même, il est facile de concevoir que, lorsque la synoviale a été malade la première, l'os entouré d'une vascularisation considérable, et pendant un temps quelquefois très long, puisse à son tour participer à cette inflammation qui l'environne de toutes parts. Dans l'économie, nul organe n'est isolé d'une manière absolue : ainsi, les extrémités articulaires d'un os reçoivent des vaisseaux qui se distribuent également à la synoviale ; un tissu cellulaire très vasculaire unit cette membrane au périoste qui les tapisse, de sorte que l'inspection anatomique seule porterait à penser que l'un de ces tissus ne peut pas être long-temps malade sans que l'autre y participe. La différence de structure qui existe entre l'os et la synoviale n'est donc pas une raison que l'on puisse faire

valoir pour nier la transmission de l'inflammation d'un de ces organes à l'autre.

Et si d'ailleurs il fallait invoquer l'analogie, ce puissant moyen de conviction, je dirais que tous les jours des phénomènes semblables se passent sous nos yeux. Un abcès se forme : au lieu de s'ouvrir à l'extérieur, il se porte vers les parties profondes, du côté des os, les dépouille de leur périoste, et en détermine par son contact l'inflammation, la carie ou la nécrose. Ce fait était connu des praticiens de tous les temps : il suffit, pour s'en convaincre, de lire les observations de chirurgie de Ledran, ou le *Traité des maladies des os* de J.-L. Petit.

Puis, et sans invoquer des autorités aussi compétentes, qu'on veuille bien réfléchir à ce qui se passe dans un panaris négligé : souvent le pus, né dans le tissu cellulaire sous-cutané, trouvant une grande résistance de la part du derme et de l'épiderme épaissis, marche vers les parties profondes, perfore les aponévroses, et vient enfin se mettre en rapport avec les os, qui alors se nécrosent ou se carient : pour sauver le doigt, le chirurgien est obligé d'enlever une, et quelquefois deux phalanges.

Voici donc ce qu'on observe dans les cas où la synoviale, depuis long-temps malade, commence à devenir fongueuse : le périoste se vascularise, se gonfle par l'afflux considérable du sang, qui se concentre sur l'articulation malade. Bientôt il s'épaissit, et l'on peut voir, en le détachant de l'os, ce qui se fait plus facilement qu'à l'état normal, qu'on brise de nombreux petits vaisseaux qui pénétraient l'os et qui n'existaient pas à l'état sain. Ces phénomènes sont d'autant plus apparens qu'on se rapproche de l'extrémité articulaire de l'os, et on les constate de la manière la plus évidente dans

[illegible] cul-de-[illegible] [illegible] distance.

[illegible] gonflé à [illegible] assez ferme, [illegible] d'un liquide [illegible] scalpel, on n'y [illegible] définitive, que [illegible] dominance.

[illegible] de l'os, [illegible] long-temps [illegible] réagir à son [illegible] périoste, qui jus-[illegible] épaissi, verse à la surface [illegible] constituent [illegible] plus ou moins [illegible] de la maladie [illegible] C'est une chose vé-[illegible] cette multitude [illegible] tout sens [illegible] l'expression [illegible] finement ver-[illegible] de l'extrémité [illegible] du cylindre [illegible] insensiblement et [illegible] l'articulation. Je pos-[illegible] genre de lésion.

C'est à cette [illegible] gonflé d'une manière [illegible] une résistance [illegible] agrandies ne se laissent pas [illegible] au moins dans [illegible] observation. Je pense que cela tient à ce que l'afflux du sang n'étant pas déterminé

par une irritation propre à l'os lui-même, et n'étant pas aussi considérable que dans le cas où il y a ostéide, c'est plutôt une hypertrophie qui se manifeste alors, qu'une inflammation proprement dite. Quoi qu'il en soit, les cellules sont abreuvées d'un liquide rougeâtre abondant, et on remarque que la lame compacte qui les entoure commence à se résorber; elle est visiblement amincie, et traversée par des sillons vasculaires nombreux.

Je ne fais à dessein aucune mention des cartilages, leurs altérations ayant été décrites, ou devant être complétées plus loin.

Dans la plupart des cas, ce n'est qu'à la longue que s'établissent tous ces changemens dans la texture de l'os; cependant, dans quelques rhumatismes articulaires aigus, ainsi que l'a indiqué M. Bouillaud, on les voit, consécutivement à l'inflammation de la synoviale, s'enflammer et se gonfler avec une rapidité vraiment effroyable. J'aurai toujours présente à la mémoire l'observation d'une malheureuse femme couchée au n° 5 de la salle Sainte-Catherine, service de M. Velpeau : elle fut prise d'un rhumatisme d'abord presque général; en quelques jours il disparut de toutes les articulations qu'il avait d'abord envahies, pour se fixer sur celle du genou droit. Six semaines après le début de la maladie, le diamètre transversal du condyle du fémur, mésuré comparativement avec celui du côté opposé, donnait près d'un demi-centimètre d'agrandissement.

La synoviale était hypertrophiée; on la sentait à travers les tégumens, et les douleurs étaient atroces. Je n'ai pu suivre cette malade, dont j'avais pris, avec grand soin, l'observation. Ne voulant pas se soumettre au traitement que lui prescrivit M. Velpeau, elle sortit cinq mois après son en-

trée, avec une flexion considérable du genou et une fausse ankylose.

Toutefois, de pareils cas sont rares; la règle est que les extrémités articulaires des os ne participent que lentement aux maladies qui les environnent.

Les altérations que je viens de mentionner peuvent encore s'accroître; c'est alors une véritable ostéite qui tend à s'établir avec toutes les terminaisons décrites précédemment. J'insisterai cependant sur une particularité que j'ai rencontrée deux fois, notamment dans l'*observation* 2e. L'extrémité articulaire d'un fémur avait été vivement hypérémiée à la suite d'une maladie de la synoviale, et le cartilage avait été résorbé. L'articulation était remplie de pus, qui n'était pas en contact direct avec l'os, dont la surface était protégée par de nombreux bourgeons vasculaires qui le recouvraient, et formaient comme une membrane se continuant sans interruption avec la synoviale. Quand on avait enlevé les bourgeons, on voyait à nu le tissu spongieux, mais tellement dur, tellement résistant, que, lorsqu'on essayait d'y faire pénétrer l'ongle, ce dernier se coupait sur la tranche acérée des cellules osseuses, plutôt que de les entamer et de les fracturer; la pointe du scalpel éprouvait les mêmes difficultés.

Ces observations se rapportent parfaitement à ce que je disais plus haut, c'est-à-dire qu'il y a au début, et dans quelques circonstances, plutôt hypertrophie de l'os par excès de nutrition, qu'une véritable ostéite.

Si la maladie, arrivée à ce degré par les efforts de la nature et de l'art réunis, parvient à guérir (et on comprend facilement qu'ici la guérison soit plus facile que dans l'ostéite primitive, puisque l'état anatomique des os n'est que

peu changé), comme les cartilages ont été résorbés, il pourra se faire que les surfaces articulaires se soudent, et qu'il s'ensuive une ankylose complète; mais ne pourra-t-il pas arriver qu'en raison de cette dureté, de cette densité signalée plus haut, le tissu osseux ne devienne lisse et poli par les frottemens?

J'ai trouvé, sur le cadavre d'un sujet d'environ cinquante ans, mort à la Charité dans un service de médecine de je ne sais trop quelle affection, une articulation qui avait autrefois été violemment enflammée, à en juger par l'épaisseur de la synoviale et les corps cartilaginiformes renfermés dans sa doublure celluleuse. Le fémur et le tibia étaient considérablement hypertrophiés, et leurs surfaces articulaires, dépourvues de cartilages, étaient lisses et polies comme une bille d'ivoire. Les os fendus longitudinalement, je pus constater un resserrement des cellules les plus rapprochées de l'articulation, avec hypertrophie de leurs parois; de plus, on remarquait des sécrétions périostales nombreuses sur la surface externe du fémur. N'est-on pas, d'après ces détails, autorisé à dire qu'il y a eu dans ce cas particulier inflammation de la synoviale avec ostéite concomitante, et résorption des cartilages, maladie qui s'est heureusement terminée par une éburnation des extrémités articulaires? Je conserve, du reste, avec beaucoup de soin, cette pièce remarquable, afin de la soumettre à des jugemens plus compétens que les miens. Je fais observer qu'il faut bien distinguer cette éburnation maladive de celle qui survient chez les vieillards par suite de l'usure mécanique des cartilages, qu'on pourrait appeler physiologique, et dont je parle plus loin : telles sont les principales lésions que peuvent présenter les extrémités articulaires des os. Serait-il possible d'utiliser pour la symp-

tomatologie quelques-unes des particularités que je viens d'étudier.

1° J'ai démontré anatomiquement qu'à l'état sain les deux extrémités des os longs communiquaient par l'intermédiaire du canal médullaire. L'anatomie pathologique nous a prouvé que la maladie pouvait, en suivant cette voie, se transmettre de l'une à l'autre : il me semble, dès-lors, en tenant compte de cette disposition, qu'il sera facile d'expliquer divers phénomènes de l'histoire des tumeurs blanches, jusqu'alors inaperçus ou non appréciés.

Tous les praticiens savent que, dans la coxalgie, souvent la douleur est aussi vive, pour ne pas dire plus vive, dans le genou que dans la hanche. Diverses explications en ont été données. On a dit qu'elles étaient dues à l'inflammation ou à la compression du nerf obturateur, ou du nerf sciatique, qui, envoyant des filets à l'articulation coxo-fémorale, en fournirait aussi pour celle du genou ; mais alors je demanderai pourquoi cette inflammation, cette compression, et, partant, la douleur, n'existent-elles que dans quelques cas ? Et, d'ailleurs, en acceptant cette explication pour les maladies de la hanche, il faudrait en chercher une autre pour celles du genou, qui, à un moindre degré, il est vrai, retentissent dans l'articulation tibio-tarsienne, pour celles de l'articulation scapulo-humérale, qui donnent lieu à des douleurs semblables dans le coude (1).

Il me semble que l'on se rend très bien compte du phénomène qui nous occupe, en songeant à cette facile propaga-

(1) Je dois dire que j'ai retrouvé dans Rust cette explication de la douleur du genou dans les coxalgies, dont il ne tire d'ailleurs aucune conséquence, et qu'il n'établit sur aucun fait positif d'anatomie.

tion de la maladie d'une extrémité articulaire à l'autre, et la meilleure preuve que l'on puisse invoquer, c'est, d'une part, les douleurs qui suivent le trajet de l'os, et qui *courent*, selon l'expression des malades, *tout le long du membre*, et, d'autre part, l'empâtement, la tuméfaction que l'on observe quelquefois autour de l'articulation qui est le siége de la douleur, et qui s'explique difficilement dans l'hypothèse de la compression ou de l'inflammation des nerfs.

Si l'explication que je propose est vraie, n'aurait-on point là un précieux moyen de diagnostic? En effet, pour que la douleur se manifeste dans l'articulation voisine, il faudra que l'os soit lui-même le siége de la maladie; car nous savons que, dans les affections de la synoviale, ce n'est qu'à la longue que le système osseux s'enflamme, et le plus souvent d'une manière incomplète: dès-lors, toutefois qu'elle apparaîtra, on devra craindre une ostéite intense, une tumeur blanche débutant par les parties dures, et non-seulement le diagnostic, mais encore le traitement, pourront en recevoir des modifications utiles.

Une autre conséquence de cette perméabilité des os est la suivante: si, dans un cas de tumeur blanche ancienne, on se décide à faire l'amputation, on devra s'attendre à trouver l'os sur lequel portera la section plus ou moins affecté; c'est donc avec raison que tous les auteurs indiquent de s'éloigner de l'articulation malade autant qu'on le pourra, sans quoi on s'exposerait, ainsi que cela arrive d'ailleurs assez souvent, à avoir des nécroses secondaires après l'amputation.

Enfin, et Brodie avait déjà vu plusieurs fois ce fait sur le cadavre, mais sans s'en rendre compte, il peut se faire que les articulations voisines elles-mêmes présentent des altérations. Dans les circonstances où la maladie est ancienne et a

eu son siége primitivement dans les os, on parviendrait, je crois, à reconnaître ce cas sur le vivant, en imprimant avec précaution quelques mouvemens à la jointure qui inspirerait du doute à cet égard. Une légère douleur annoncerait un commencement de participation à la maladie, et modifierait singulièrement le pronostic et peut-être le traitement.

2° Le gonflement des os, une fois constaté par le moyen que j'ai indiqué, servira au diagnostic absolu d'une manière très utile, en annonçant la participation des os à l'affection; mais il peut aider aussi pour un diagnostic relatif, puisque nous avons vu qu'il se montrait plus particulièrement et plus rapidement dans les cas d'ostéite primitive.

Enfin, quelquefois on peut reconnaître par le toucher des inégalités dues aux sécrétions périostales qui, dans ce cas, annoncent toujours que la maladie est fort avancée, et que la texture intime des os étant changée, la guérison deviendra très difficile à obtenir.

3° La crépitation légère qu'on obtient en faisant frotter les surfaces articulaires dénote une dénudation des os, et par conséquent des progrès tels, dans les lésions pathologiques, que si la guérison est possible, elle ne le sera qu'au prix d'une soudure complète, à moins que la maladie ne se termine par ces éburnations sur lesquelles je me suis expliqué.

4° Cette étude des altérations du squelette nous permet d'apprécier les divers modes qu'emploie la nature pour arriver à la guérison des tumeurs blanches.

Si les os ont été le point de départ de la maladie, la soudure complète de la jointure à l'aide de stalactites osseuses sera inévitable. Il ne faudra donc pas en contrarier l'établissement par des manœuvres intempestives, dans l'espérance

d'obtenir de la mobilité plus tard : on n'arriverait qu'à faire renaître la maladie première ; et comment alors parviendrait-on à l'arrêter ?

On tentera donc, au contraire, tout ce qu'il sera possible de faire pour favoriser cet heureux résultat, qui constitue alors ce qu'on appelle l'*ankylose vraie* ou *complète*.

Si, au contraire, la maladie a commencé par la synoviale, il pourra arriver de trois choses l'une :

Ou bien les os seront altérés secondairement, mais aussi profondément que dans le cas précédent, et je n'ai rien à ajouter à ce que j'ai dit.

Ou bien ils auront seulement perdu leur cartilage d'encroûtement et la lame compacte qui le soutient : alors, tantôt les surfaces articulaires s'éburneront, tantôt elles reproduiront de nouveaux cartilages; d'autres fois elles s'uniront solidement à l'aide de stalactites osseuses. Dans toutes ces circonstances, le retour des mouvemens sera difficile, sinon impossible; il faudra donc encore ici employer le moyen le plus sûr pour obtenir l'immobilité, sous peine de raviver une inflammation mal éteinte.

Ou bien, enfin, les os, seulement vascularisés, n'auront pas été *décortiqués*, les cartilages seront seulement amincis, inégaux et rugueux. Dans ces circonstances, l'on pourra espérer le retour lointain de faibles mouvemens. Ce qui cause ici en effet l'immobilité, c'est la rétraction musculaire d'une part, et l'induration des tissus fibreux et des ligamens d'autre part. C'est dans ces cas, qui constituent la fausse ankylose ou incomplète des auteurs qu'on aura recours efficacement à plusieurs moyens de traitement dont je ne dois pas m'occuper en ce moment.

3° *Des altérations des cartilages articulaires.*

Je crois avoir prouvé, me fondant sur l'anatomie de structure, que les cartilages qui revêtent les surfaces articulaires étaient des lamelles organiques, mais inorganisées, ne contenant ni vaisseaux ni nerfs; je crois également avoir invoqué avec raison, à l'appui de cette opinion, leur mode de nutrition (il est bien entendu que je ne parle ici que des cartilages diarthrodiaux, que j'appelle de vrais cartilages).

Je vais maintenant examiner les altérations dont ils sont susceptibles, et chercher à démontrer que, n'étant point de nature inflammatoire ou autre, on doit les considérer comme purement mécaniques ou chimiques. J'attache à la solution de cette question une grande importance; car il y a beaucoup de chirurgiens qui, soutenant que les cartilages peuvent s'enflammer et s'ulcérer comme tous les tissus vivans de l'économie, établissent une variété de tumeur blanche constituée par l'inflammation et l'ulcération de ces lamelles. Ce serait donc simplifier singulièrement le diagnostic des arthropathies, que de pouvoir rayer du cadre des maladies articulaires l'inflammation des cartilages.

Pour procéder avec méthode, j'examinerai successivement ces trois questions : 1° Les cartilages sont-ils susceptibles de s'enflammer, ou de participer activement aux maladies des tissus environnans? 2° Quelles sont les altérations qu'ils présentent, quelle est leur nature? 3° Peuvent-elles survenir primitivement, c'est-à-dire sans maladie des os ou de la synoviale, et, dans ces cas, donner lieu à des accidens capables de produire une tumeur blanche?

1° *Les cartilages sont-ils susceptibles de s'enflammer?*

peuvent-ils participer activement aux maladies des tissus environnans? — Depuis long-temps cette importante question occupe les chirurgiens : ainsi, Harder, Autenrieth, avaient déjà cherché à la résoudre par des expériences sur des animaux, et ils étaient arrivés à des conclusions négatives. De nos jours, M. Cruveilhier (1), M. Velpeau (2) et plusieurs autres anatomo-pathologistes, ont embrassé cette opinion de Harder et d'Autenrieth ; mais comme, d'autre part, beaucoup de médecins distingués professent et soutiennent l'opinion contraire, j'ai cru devoir réunir ici les différentes preuves à l'aide desquelles on peut victorieusement réfuter leur opinion ; j'ai également cherché à apporter de nouveaux faits, soit d'observation, soit d'expérimentation sur des chiens, afin d'établir *définitivement*, s'il se peut, la non-participation active des cartilages aux maladies de diverse nature qui peuvent envahir les articulations.

La seule manière directe de prouver que les cartilages diarthrodiaux sont susceptibles d'inflammation, c'était de montrer des vaisseaux *dans leur tissu même*. Eh bien, chose singulière, depuis nombre d'années que l'on discute sur cette possibilité, jamais personne n'a pu apporter une pièce qui témoignât en faveur de cette opinion ; on a bien cru en voir à la surface, et j'ai déjà discuté à l'anatomie ces faits, que je reprendrai plus loin ; mais personne n'en a démontré dans l'intérieur même du tissu cartilagineux.

De sorte que les partisans de la non-inflammation pourraient se borner à dire : Nous attendons vos pièces démonstratives ; mais jusqu'à présent nous sommes autorisés à nier le fait, et nous le nions.

(1) *Archives générales de médecine*, t. IV, 1824.

(2) Art. *Articulation*, *du Dictionnaire* en 30 vol.

Toutefois, il serait imprudent de poser la question de cette manière ; car si, par hasard, il se présentait un cas anormal (et quelle est la règle qui ne souffre pas d'exception?), un seul suffirait pour ébranler bien des convictions. Il ne faut donc pas se borner à nier la vascularisation du cartilage, mais démontrer que, dans des milliers de cas où elle a été cherchée, on n'a pu la trouver.

Bien souvent on a eu l'occasion d'examiner, et j'ai moi-même disséqué avec la plus grande attention des articulations à toutes les périodes de leurs maladies : jamais il n'a été rencontré de vaisseaux sanguins dans l'intérieur des lamelles diarthrodiales. Inutilement, sur les animaux, on les a coupés, brûlés, déchirés, arrachés, dilacérés; j'ai moi-même employé tous ces moyens, et je n'ai jamais pu faire naître dans leur tissu la moindre vascularisation; ils se sont comportés comme un ongle, un poil, ou tout autre tissu inorganisé.

Et, chose remarquable, le cartilage est si peu susceptible de réagir, que même, après un temps très long, on retrouve sans aucun changement les solutions de continuité qu'un accident y avait fait naître, ou qu'à dessein on y avait pratiquées. Ainsi, j'ai eu dernièrement l'occasion d'observer une fracture de l'extrémité inférieure du radius chez un homme entré à la Charité dans le courant de l'année dernière. Cette fracture, parfaitement diagnostiquée à l'aide des signes sur lesquels insiste M. Velpeau, fut traitée par l'application de l'appareil dextriné. Vingt-huit jours après la fracture, cet homme, qui portait d'énormes ganglions tuberculeux au cou, fut pris de symptômes de dyspnée qui le firent périr.

A l'autopsie, on constata une lésion organique du nerf pneumo-gastrique droit, passant au milieu des ganglions

dégénérés, lésion qui avait, selon toute apparence, déterminé la suffocation ; il n'y avait point, d'ailleurs, de tubercules dans les poumons. Or, nous constatâmes que la fracture du radius était parfaitement consolidée ; une vive injection existait encore dans tout le périoste et les parties environnant l'extrémité carpienne de l'os. Eh bien, la fracture qui avait pénétré dans l'articulation avait divisé le cartilage, et l'on pouvait constater qu'il n'existait dans son tissu aucune trace de vascularisation ou d'altération témoignant qu'il eût pris part à la maladie : les bords de la solution de continuité étaient comme ceux d'un ongle divisés par les ciseaux.

Je sais bien qu'on pourrait objecter que vingt-huit jours ne sont point suffisans pour le développement d'un travail inflammatoire dans le tissu cartilagineux. Mais que répondra-t-on à l'observation de M. Cruveilhier, citée dans les *Archives*, t. IV, p. 165? Il s'agit d'une femme qui tomba sur la hanche : la douleur fut vive ; on crut d'abord à une luxation, mais la maladie se dissipa. Dix ans après, elle meurt, et on trouve aux cartilages une perte de substance sans aucune apparence de travail réparateur. On eût dit que le brisement venait d'avoir lieu.

Puis, sur des chiens, pénétrant dans l'articulation par une ponction, j'ai, à l'aide d'un ténotome à pointe mousse, nombre de fois enlevé des portions considérables de cartilages sur les extrémités articulaires, et constamment j'ai trouvé, après trois ou quatre mois, la surface cartilagineuse, de laquelle j'avais détaché précédemment une portion de substance, dans le même état que si j'avais pratiqué la section depuis quelques instans seulement. (1)

(1) *Troisième expérience.* — Sur un petit chien noir, par une ponction, j'introduis dans l'articulation un ténotome émoussé,

Exposés à l'air, les cartilages s'y comportent comme des corps inorganisés, ils ne s'enflamment ni ne rougissent. Ainsi, j'ai eu l'occasion de voir dernièrement, sur un enfant affecté d'une maladie de la jambe qui nécessita la désarticulation du genou, le cartilage du fémur, mis à nu, ne présenter, pendant plus de six semaines, ni douleur à la pression, ni vascularisation. Au bout de ce temps, des bourgeons charnus développés sur les condyles le détachèrent, et il tomba, comme tombe un ongle dans le panaris. M. Velpeau a cité des cas analogues dans les *Archives* (septembre 1830), et dans sa *Médecine opératoire*. Enfin, il n'est pas rare, dans des articulations dont la synoviale et les os sont arrivés au dernier degré de l'inflammation, de retrouver, au-

à l'aide duquel j'enlève sur le fémur un morceau de cartilage, que je présume assez considérable. J'en fais autant sur l'articulation du côté opposé, et je laisse ensuite l'animal.

Le lendemain il marchait avec difficulté, et comme s'il eût eu les pattes de derrière ankylosées; il n'osait les plier.

Les jours suivans, ces phénomènes se dissipent, et bientôt il se familiarise, court, va, vient, et bondit comme s'il n'eût été le sujet d'aucune expérimentation.

Trois mois plus tard, je le sacrifiai, et à l'autopsie nous trouvâmes que les cartilages d'encroûtement du fémur avaient subi une perte de substance assez considérable, que l'os même, en un point, avait été mis à nu. Or, rien n'annonçait que la nature eût fait le moindre effort pour réparer cet enlèvement: les parties environnantes ne paraissaient pas avoir plus souffert que ne souffre la partie restante d'un ongle qu'on a rogné. Je n'ai d'ailleurs retrouvé aucune trace de la portion de cartilage qui avait été détachée.

J'ai également répété plusieurs fois cette expérience en la variant, et je suis arrivé à des résultats tout-à-fait identiques, sauf que j'ai presque toujours retrouvé dans l'article la portion du cartilage enlevée.

dessous des fausses membranes, développées sur les surfaces articulaires, des portions de cartilages, qui, au milieu de ce désordre, ont conservé tous leurs caractères physiques et chimiques; ils sont seulement un peu rugueux, et leur amincissement dénote que leur résorption commençait à s'opérer. Mais, s'il est facile de prouver que jamais il ne se développe de vaisseaux dans la profondeur même du cartilage, il ne l'est pas autant de démontrer que ses lamelles les plus superficielles ne s'injectent pas davantage, et que ces vascularisations que l'on y rencontre ne sont que des fausses membranes dues à un état pathologique, et non point au passage de la synoviale, qui, d'invisible qu'elle est à l'état normal, deviendrait apparente par l'effet de la maladie.

J'ai dit, dans la partie anatomique de ce travail, que si la synoviale passait sur les cartilages, ce que je n'admets pas, elle n'y gardait que son épithélium, c'est-à-dire, selon Henle, dont j'ai cité avec détail les opinions, que ce serait seulement la partie inorganique de cette membrane qui revêtirait les surfaces articulaires. J'ai ajouté que je pensais, d'après mon observation personnelle, et d'après l'autorité de Meckaüer, que, puisqu'on ne trouvait au microscope aucune différence entre la structure de cette pellicule et celle du cartilage, on devait bien plutôt admettre qu'elle était constituée par l'aplatissement des couches les plus superficielles de cet organe; qu'en un mot le cartilage se créait, aux dépens de son tissu propre, un état synovial, selon l'expression de M. Velpeau.

Eh bien! qu'on adopte l'opinion d'Henle ou celle de Meckaüer, il est certain que non-seulement le cartilage, mais encore sa lame superficielle étalée en membrane, est inorganisée. Ce point d'anatomie de structure une fois établi,

il va devenir facile de suivre et d'expliquer les divers phénomènes pathologiques que l'on observe.

Quand on examine une articulation dont la synoviale est enflammée depuis peu de temps, on voit quelques-uns des nombreux vaisseaux qui rampent à la face profonde de cette membrane tendre à s'avancer sur les bords des cartilages, dont ils franchissent bientôt les limites en envoyant sur leur surface libre des prolongemens qui forment des anses anastomotiques vasculaires.

Il est facile de voir que ces vaisseaux n'appartiennent pas en propre au cartilage, car il suffit de les presser avec la pulpe du doigt pour les repousser et les rejeter sur les côtés. Dans quelques cas, ils ont déjà, il est vrai, contracté des adhérences; mais si on cherche à faire avancer le sang qu'ils contiennent, on voit le liquide revenir tout-à-coup sur lui-même par des arcades qui le ramènent dans les troncs d'où il était parti, de sorte qu'on demeure convaincu qu'ils ne sont qu'une expansion inflammatoire du réseau synovial. A un état plus avancé, les vaisseaux deviennent plus nombreux, plus serrés, et ils constituent alors de véritables fausses membranes qui, accumulées sur les bords du cartilage, comme l'est la conjonctive autour de la cornée dans certaines ophthalmies, forment autour de lui un bourrelet rougeâtre et frangé, dont les dentelures cherchent à empiéter sur sa surface libre.

L'observation de l'homme qui mourut à la suite de l'extraction d'un corps étranger du genou au vingt-cinquième jour, à partir du début des accidens, en est un exemple des plus frappans (j'ai publié cette observation dans les *Bulletins de la Société anatomique*); bientôt le cartilage, débordé de toutes parts, se recouvre peu-à-peu jusqu'au moment où

les pseudo-membranes, arrivées au contact, se soudent entre elles, et finissent par voiler complétement la surface cartilagineuse de l'os. A cette période il est encore permis de constater le peu d'adhérences de ces produits de nouvelle formation avec les parties sous-jacentes, car on peut les refouler facilement, et on voit alors qu'au-dessous le cartilage n'a subi aucune altération de texture, si ce n'est qu'il a perdu sa surface lisse et polie que nous avons dit constituer son état synovial. Plus tard, ainsi que je l'ai dit précédemment, il se résorbe, mais lentement, insensiblement, de sorte qu'il est souvent permis d'en retrouver, même après un temps très long, des lamelles amincies qui ont conservé tous leurs caractères.

C'est cet état qui a fait croire au passage de la synoviale sur les cartilages, parce qu'on n'avait pas eu l'occasion de suivre les progrès de la maladie, comme j'ai pu le faire dans mes expériences sur les animaux; et j'ai souvent, sur des pièces d'anatomie pathologique chez l'homme, retrouvé, à des degrés divers, la disposition que j'indique ici. Insister plus long-temps sur ce point serait s'exposer à des répétitions; en décrivant les maladies de la synoviale auxquelles je renvoie, j'ai déjà amplement développé quelques-unes de ces particularités. De tout ceci, je conclus que les vascularisations qu'on rencontre à la superficie du cartilage sont dues à des vaisseaux de nouvelle formation, à de véritables végétations de la synoviale.

S'il me paraît certain que l'inflammation n'a aucune prise sur les cartilages, et cela parce que jamais on n'a vu de vaisseaux se développer dans leur tissu propre, pour cette même raison, je dis qu'ils ne sont pas susceptibles de participer aux autres dégénérescences qui envahissent quelquefois les

tissus vivans, et, comme preuve de ce que j'avance, je joins une observation qui m'est propre, et quelques autres tirées de J.-L. Petit (Voy. *obser*. 7e, 8e, 9e), dont je vais donner ici un résumé succinct. Il est question dans le fait qui m'appartient, d'une affection cancéreuse de la main qui en avait tellement désorganisé tous les élémens constituans, qu'on n'y reconnaissait plus ni os, ni vaisseaux, ni nerfs, ni tendons; tout était converti en une matière analogue à du *caseum*. Eh bien! au milieu de cette dégénérescence si terrible, si dévastatrice du cancer, on reconnaissait des lames cartilagineuses, qui, placées de champ, adossées deux à deux et intactes, permettaient de reconnaître, là où existaient autrefois les surfaces articulaires des os du carpe.

Les lames cartilagineuses se sont donc comportées comme des corps étrangers; privées de vaisseaux, la matière cancéreuse n'a pu les envahir. Le même phénomène s'observe dans l'ostéosarcôme des maxillaires: le cancer peut bien détruire la pulpe des dents, mais il n'en attaque jamais l'émail.

Enfin, on a cru pouvoir invoquer, comme preuve de la vitalité des cartilages, leur ossification. Evidemment on a abusé du raisonnement par analogie. Les faux cartilages s'ossifient, c'est vrai, mais les vrais cartilages jamais. Je sais bien que quelques auteurs ont cru voir, dans l'éburnation des surfaces articulaires, l'ossification des lamelles qui les recouvrent. Mais l'erreur est trop palpable pour mériter une réfutation sérieuse. Il est clair que, dans ces cas, comme dans ceux cités par Brodie, M. Cruveilhier, dont j'adopte l'opinion, etc., le cartilage avait disparu, et que c'était l'os qui s'était éburné. Je possède plusieurs pièces qui ne laissent pas le moindre doute à ce sujet.

2° *Quelles sont les altérations que présentent les cartilages? quelle en est la nature?* — Si je nie toute participation active des cartilages aux diverses maladies qui peuvent affecter les tissus vivans, je reconnais néanmoins qu'ils sont sujets à plusieurs sortes d'altérations résultant de la perversion de leur mode de nutrition, ou de causes mécaniques ou chimiques. Je vais passer en revue ces diverses lésions. Delpech, le premier, je crois, a signalé dans les cartilages la perte de l'élasticité qui leur est ordinaire (1). Ils ont conservé tous leurs caractères normaux; seulement, quand on y enfonce une pointe de scalpel, au lieu d'en être repoussé comme à l'état normal, il y reste *fiché*.

J'ai constaté ce genre d'altération, que je ne sais à quoi rattacher quand il existe seul; le plus ordinairement il accompagne le ramollissement, l'érosion, l'amincissement, etc., etc.

Le ramollissement, qui semble être le deuxième degré de cette perte d'élasticité, est assez fréquent. On l'observe surtout sur le cadavre d'individus qui succombent dans un âge avancé. Depuis que je m'occupe de cette question, j'ai ouvert considérablement d'articulations dans le but de rechercher à quoi pouvait tenir cet état particulier: il m'a semblé qu'il coïncidait toujours avec une diminution dans la quantité du liquide synovial, et comme, d'autre part, je l'ai surtout rencontré sur des vieillards, j'ai pensé qu'il était dû à une nutrition moins active de la part des os et des sécrétions articulaires; qu'il se passait là, en un mot, quelque chose d'analogue à ce qui arrive aux autres produits de sécrétion, aux poils, aux dents, par exemple, qui commencent, les uns par

(1) *Mémorial des hôpitaux du Midi*, t. 1er, page 505.

blanchir, les autres par s'ébranler, puis tombent par les progrès de l'âge. Ce ramollissement est caractérisé par une dissolution du cartilage, qui a perdu sa surface lisse, et se présente sous l'aspect de fibres parallèles, implantées perpendiculairement sur l'os, et baignant dans une gelée transparente de la consistance et de la nature de celle qui environne les pepins de coing. En passant le doigt sur elles, on les couche, on les incline, tantôt d'un côté, tantôt d'un autre. C'est sur les condyles du tibia, et au centre, que j'ai rencontré le plus fréquemment ce ramollissement.

La disparition soit partielle, soit totale du cartilage, me semble être le troisième degré de ces altérations, que je ne regarde pas comme un état normal, mais que je ne puis considérer comme pathologiques, les ayant rencontrées sur des individus dont les articulations étaient très saines, notamment sur un vieillard mort dans le service de M. Velpeau, et qui, quelques jours avant, marchait très bien et sans douleur aucune. J'ajouterai que, dans ce cas, on ne rencontre d'ailleurs rien de particulier, ni dans le squelette, ni dans les parties molles. Quant aux altérations que présentent les cartilages dans les articulations malades, elles sont dues à une perte de cohésion, à un ramollissement, ou sont caractérisées par un amincissement, des inégalités, des érosions enfin, sur lesquelles j'aurai principalement à m'étendre, puisque quelques auteurs les ont appelées *ulcérations*.

Je n'ajouterai rien sur cette perte de cohésion ou d'élasticité dans les cas morbides, ni sur le ramollissement : l'apparence est la même ; seulement, au lieu de gelée entre les fibres, on trouve du pus ou un liquide séro-sanguinolent ; dans quelques cas, on ne distingue pas nettement l'apparence fibrillaire.

Toutes les fois que l'on rencontre les cartilages rugueux, inégaux, raboteux, ces altérations coïncident, soit avec un état maladif actuel de la cavité articulaire, soit avec un état ancien. Elles sont dues, sans aucun doute, à une usure avec résorption, qui s'est exercée plus particulièrement sur quelques points, toujours occasionnée par une perversion de nutrition due à une maladie de l'os, ou bien à la présence d'un liquide anormal dans l'articulation. On comprend, en effet, que, puisque le cartilage vit aux dépens des parties qui le supportent ou l'environnent, il soit, dans le cas de maladie de ces organes, plus ou moins altéré, suivant l'ancienneté ou la gravité des accidens.

J'ai vu plusieurs fois le cartilage comme pointillé : il devait cet aspect à de nombreux conduits creusés perpendiculairement à sa surface libre, et qui communiquaient, d'un côté, avec du sang épanché entre les cellules de l'os, et de l'autre, avec la cavité articulaire, de sorte qu'ils servaient à y transmettre ce liquide, qu'on y faisait effectivement refluer en les pressant légèrement : c'est là une variété des érosions dont je vais actuellement parler.

Souvent, quand on dissèque une tumeur blanche, et que la maladie a débuté par les os (rarement dans les cas où la synoviale est la première malade), on trouve sur les cartilages des pertes de substance plus ou moins étendues, à bords irréguliers et taillés à pic, comme si elles avaient été pratiquées avec un emporte-pièce irrégulier lui-même.

Autour de ces pertes de substance, le cartilage a conservé ses caractères normaux : il est d'un blanc opalin, sans trace de rougeur, et souvent même, lorsqu'il n'existe pas de liquides altérés dans la cavité synoviale, il n'a pas perdu de sa cohésion et de son élasticité ordinaires.

Au fond, tantôt on trouve les cellules spongieuses à nu et remplies de sang; tantôt, au contraire, on aperçoit, et c'est là le cas le plus ordinaire, de petits bourgeons fongueux qui s'élèvent de la surface osseuse.

Cet état du cartilage est presque toujours accompagné d'une inflammation plus ou moins vive de la synoviale et d'épanchement articulaire; mais quelquefois aussi on ne rencontre rien, au moins à l'extérieur, de telle sorte que, si on s'en tenait à un examen superficiel, on pourrait croire à une lésion primitive du cartilage. Mais, dans ces cas, l'os, étant toujours plus volumineux, attire l'attention; et si alors on le fend de manière à ce que le trait de scie tombe sur le centre des érosions, il est facile de constater qu'une ostéite, avec tous les caractères que j'ai décrits précédemment, occupe l'extrémité articulaire de l'os, et qu'elle est à son maximum d'intensité là où le cartilage a perdu sa substance. Il devient donc évident que cette ostéite a précédé, et de longtemps, les érosions, puisque nous avons prouvé qu'il lui faut un long temps pour s'établir, et que les cartilages secondairement se sont altérés, surtout dans les points où l'inflammation osseuse sévissait avec le plus de violence.

Cependant beaucoup de chirurgiens, M. Brodie, entre autres, ont avancé que ces pertes de substance étaient le résultat de phlegmasies primitivement développées dans les cartilages; des *ulcérations* qui, plus tard se propageant aux parties environnantes, faisaient naître des tumeurs blanches.

Le chirurgien anglais s'appuie, pour fonder son opinion, sur plusieurs observations incomplètes, et par conséquent sans valeur. Ainsi, il dit qu'en ouvrant l'articulation d'individus qui avaient considérablement souffert pendant leur vie, il n'a, pour toute altération, trouvé qu'une *ulcération* des

cartilages avec un *gonflement* des os, qui lui paraît le signe pathognomonique de cette affection : pas un mot, d'ailleurs, sur l'état anatomique du tissu osseux.

On a lieu de regretter que M. Brodie ne nous ait pas dit à quoi tenait ce *gonflement*. Comment! vous n'avez examiné l'intérieur de l'os ni à l'état frais ni à l'état sec, et vous affirmez, en voyant sur la surface cartilagineuse une petite déperdition de substance, sans aucune rougeur ni vascularisation au pourtour, que c'est là une *ulcération*, laquelle a été cause de ces douleurs atroces qui tourmentaient le malade! Il me semble qu'il eût été plus rationnel de penser que ce *gonflement* des os, qui n'arrive jamais que très lentement, et qui est toujours le résultat d'un changement profond dans la texture de ces organes, annonçait des altérations anciennes et étendues, et que les pertes de substance au cartilage n'étaient qu'un épiphénomène.

Mais M. Brodie, faisant ses dissections avec des idées préconçues, s'en est tenu à un examen beaucoup trop superficiel, surtout lorsqu'il s'agit d'établir un fait qui sort des règles connues et admises en pathologie générale. Effectivement, ainsi que tout le monde le sait, depuis les beaux travaux de Hunter, et l'auteur anglais, comme compatriote, aurait dû ne pas l'oublier, il est établi que l'ulcération doit être précédée d'une inflammation : or, peut-il y avoir une inflammation sans vascularisation? Je ne le pense pas. Qui donc alors a démontré la vascularisation des cartilages? Le chirurgien de Londres nous dit bien qu'on les trouve quelquefois rouges; oui, rouges, je le veux bien, mais par imbibition, comme rougit un morceau de linge qu'on trempe dans du sang. Y a-t-il là, je le demande, les élémens nécessaires pour admettre une vascularisation?

Et puis l'ulcération d'un tissu, quel qu'il soit, fournit un produit de sécrétion qu'on appelle le *pus*. Où donc est ici le pus? Je sais bien que M. Brodie, qui avait senti la difficulté, pose en fait que l'ulcération peut s'établir dans les cartilages sans qu'il y ait de pus de produit. Mais c'est là une pétition de principe, que personne ne lui accordera, je pense, sans qu'il en ait fourni de preuves irrécusables, et celles qu'il en donne sont loin de l'être.

Telles sont les principales altérations que présentent les cartilages à la suite des maladies des organes aux dépens desquels ils vivent. J'aurais pu noter encore les changemens de couleur, mais ils sont peu importans, et paraissent dus à la présence des liquides épanchés dans l'articulation, liquides qui passent par endosmose dans les cellules qui constituent la texture fondamentale des cartilages : on comprend dès-lors qu'ils soient rougis par le sang, jaunis par la synovie jaune elle-même, dans le cas d'ictère, comme l'a constaté Bichat ; que quand enfin il y aura un liquide purulent, ils perdront leur coloration nacrée ou opaline, et deviendront d'un blanc terne. (1)

(1) *Quatrième expérience.* — J'injecte dans une cavité articulaire d'un chien un liquide coloré en jaune par du chrômate de potasse ; immédiatement après, j'injecte dans une autre articulation un liquide coloré en rouge. Puis j'ouvre, deux heures après, les articulations, et j'examine comment s'est comporté le liquide par rapport aux divers tissus, et je constate que les cartilages sont imbibés uniformément et complétement, de leur surface libre à leur surface adhérente, d'une belle couleur jaune ou rouge, selon la liqueur injectée. D'autre part, les tissus environnans sont à peine rougis ou jaunis, et seulement à leur superficie. J'ai nombre de fois répété ces expériences, et devant beaucoup de personnes. Elles démontrent clairement que les cellules cartilagineuses attirent par endosmose les liquides, quels qu'ils

3° *Les altérations des cartilages peuvent-elles, dans certaines circonstances, s'établir primitivement, et donner lieu alors à des accidens capables de produire des tumeurs blanches?* — La solution de cette question pourrait actuellement paraître oiseuse, si on admet, ainsi que je crois l'avoir démontré, que les cartilages ne sont susceptibles que d'altérations mécaniques. Cependant, en y réfléchissant, ne serait-on pas porté à penser qu'à ces altérations, qui, dans certains cas, peuvent s'établir primitivement, comme dans une chute, où le cartilage est violemment détaché de l'os, puissent succéder des accidens plus ou moins graves?

C'est sur ces faits que j'ai voulu attirer l'attention, afin de prouver que, même dans les circonstances où les cartilages peuvent être détachés ou disparaître de la surface osseuse, cette disparition est d'une innocuité constante : j'aurai ainsi rendu complète la démonstration à laquelle je veux arriver, c'est-à-dire que jamais une tumeur blanche ne peut débuter par ces lamelles qui ne contiennent ni nerfs ni vaisseaux.

J'ai déjà cité l'observation d'un homme qui, à la suite d'une chute, sentit dans son genou un corps roulant et se déplaçant : trois ans après l'accident, il vint se faire opérer,

soient, versés dans la cavité articulaire : c'est là une de leurs manières de vivre. J'ai dit plus haut que Bichat, dans les cas d'ictère, avait vu la synoviale jaune et les cartilages imbibés d'une semblable couleur.

J'avais tenté de démontrer expérimentalement le mode de nutrition des cartilages par les os, mais n'ayant pas été complétement satisfait du résultat, vu l'inutilité de mes efforts pour faire naître une inflammation franche du tissu osseux articulaire, je ne puis me décider à consigner ici ces observations, à mes yeux incomplètes, et par conséquent sans valeur, que je me propose d'ailleurs de reprendre plus tard.

et mourut d'une arthrite purulente. A l'autopsie, il fut constaté que ce corps que l'on avait retiré de l'articulation était bien réellement un morceau de cartilage détaché des os, puisqu'on remarquait sur la face inférieure du condyle externe du fémur un enfoncement de même forme et de même grandeur, au fond duquel on voyait à nu, non point l'os lui-même, mais un tissu mince de nature fibreuse en apparence, qui recouvrait les cellules spongieuses ; tout autour de cette perte de substance, dont les bords sont inégaux et taillés à pic, le cartilage a conservé ses caractères normaux. Certes, si une inflammation pouvait naître dans ces lamelles, voilà une circonstance dans laquelle elle eût dû se déclarer, et cependant nous les avons trouvées dans une intégrité parfaite, aussi bien que l'os, d'ailleurs, qui, d'après les idées de M. Brodie, aurait dû également se trouver carié ou nécrosé.

Combien de fois n'a-t-on pas vu sur des veillards l'éburnation des extrémités articulaires survenir après l'usure des cartilages, et n'être annoncée par aucune douleur pendant la vie? Seulement une légère difficulté dans la marche et une sensation de frottement rude révélaient à l'observateur attentif que quelque chose de particulier s'était opéré dans les jointures. M. Cruveilhier cite de nombreux faits de ce genre, et M. Noël Guéneau de Mussy a bien voulu me communiquer une observation qui confirme de tout point ce que j'avance. J'ai moi-même mentionné plus haut celle d'un vieillard qui, quelques jours avant sa mort, n'éprouvait aucune douleur, et marchait avec facilité.

Un séton qu'on lui mit au cou fut le point de départ d'un érysipèle qui l'enleva rapidement. Je trouvai un ramollissement avec perte de substance dans les cartilages qui revê-

tent les condyles du tibia : or, rien n'avait annoncé pendant la vie cette altération.

Chez tous les vieux chevaux de trait, Girard, vétérinaire distingué, avait constaté que la gorge de l'astragale s'usait et se dépouillait de sa partie cartilagineuse, à tel point que la substance osseuse, mise à nu, s'éburnait pour supporter les frottemens; aucune apparence de douleur n'annonçait pendant la vie cette particularité (*Archives de médecine*, 1824, t. IV, p. 195). M. Dupuy (d'Alfort), cite des cas semblables, et en avait même montré à Dupuytren (*Archives de médecine*, 1835, t. IX, p. 276).

J'ai gardé pendant trois mois un chien auquel j'avais enlevé presque tous les cartilages qui recouvrent la partie inférieure du fémur. Cet animal s'était familiarisé avec nous; il jouait et bondissait comme s'il n'eût jamais été le sujet de semblables expériences. Quand je le sacrifiai, je ne trouvai rien qui indiquât que les parties environnantes, c'est-à-dire la synoviale ou l'os, eussent souffert le moins du monde : le cartilage était intact (Voy. *expér.* pages 159-170).

Après de semblables faits, on se demande comment M. Brodie a pu donner comme signes de l'ulcération des cartilages, ces souffrances atroces qu'avaient éprouvées pendant leur vie les individus dont il donne l'observation. On aurait de la peine vraiment à s'expliquer une pareille assertion, si l'on ne se rappelait que ces ulcérations sont le résultat de phlegmasies intenses des os, lesquelles, ainsi qu'on le sait, donnent lieu à des douleurs dites *ostéocopes*, qui tourmentent les malades à ce point que quelques-uns ont attenté à leurs jours pour s'en délivrer.

Donc, les altérations des cartilages, alors même qu'elles s'établissent primitivement, ne sont annoncées par aucune

douleur, et n'amènent aucun désordre grave dans les jointures.

En résumant toutes ces discussions, je dirai donc :

1° Que les cartilages diarthrodiaux peuvent être plus ou moins altérés dans leur structure ;

2° Que ces altérations ne sont jamais de nature inflammatoire ; qu'en conséquence, on doit bannir du langage scientifique les mots d'*inflammation*, d'*ulcération* des cartilages, pour leur substituer ceux de *ramollissement*, d'*usure*, d'*érosion*, etc., etc. ;

3° Que ces altérations, très rarement primitives, ne surviennent ordinairement que dans le cas où, soit la synoviale, soit les os, ont subi des modifications qui, pervertissant le mode de nutrition des cartilages, les livrent alors à toute la puissance des forces chimiques ou physiques.

Conclusions générales.

De tout ce qui précède, contrairement à l'opinion généralement reçue, je conclus que les maladies désignées sous le nom de *tumeurs blanches* ne sont point aussi variées dans leur siége et dans leur nature que le prétendent les auteurs.

1° Quant à leur siége : nous avons vu que ni les cartilages, ni les tissus fibreux intra ou extra-articulaires n'étaient susceptibles de s'altérer primitivement ; il ne reste donc plus, comme point de départ possible de ces arthropathies, que les synoviales ou les os (il est bien entendu que je fais abstraction des quelques cas extrêmement rares dans lesquels la maladie a débuté par les parties molles qui environnent la jointure). Dès-lors, le diagnostic se trouve singulièrement

simplifié, au moins théoriquement parlant, puisqu'il ne s'agit plus que de savoir si, dans tel cas donné, l'affection porte plus spécialement sur les séreuses articulaires ou sur les extrémités osseuses.

2° Quant à leur nature : jusqu'ici ces affections ont été regardées comme des maladies ayant un cachet particulier, une physionomie à part : sans doute, la diversité des causes qui les produisent, la lenteur qu'elles mettent ordinairement à parcourir leurs périodes, l'obscurité de leur séméiologie, la variété des formes sous lesquelles elles se présentent, leur terminaison si souvent malheureuse, quels que soient les moyens qu'on emploie pour les combattre, tout, en un mot, semblerait justifier cette manière de voir.

Mais si on remarque, d'une part, que les maladies de la synoviale, qui figurent pour une bonne partie dans le cadre des arthropathies, ne sont le résultat d'aucune cause spéciale ; qu'elles sont, au contraire, toujours dues, comme les affections des autres séreuses d'ailleurs, à des inflammations, soit aiguës, soit chroniques ; que, d'autre part, les tumeurs blanches, ayant leur point de départ dans les os, sont, pour la plupart, causées par des ostéites, rarement par les tubercules, le cancer ou autres dégénérescences, on sera naturellement conduit à admettre que l'immense majorité des maladies dont nous nous occupons sont essentiellement de nature inflammatoire à leur origine.

Dès-lors, le nom d'*arthrite*, pris d'une manière générale, leur est applicable, puisque, en dernière analyse, la maladie première a presque toujours été ou une *synovite*, ou une *ostéite*.

Il est bien clair que toutes les nuances dont sont susceptibles ces inflammations des tissus séreux et osseux pour-

ront se rencontrer ici, et que, de plus, il faudra tenir compte des modifications et des complications qu'entraîneront nécessairement les dispositions anatomiques et physiologiques signalées précédemment.

Qui ne voit tout de suite de quelle importance peuvent être pour le diagnostic, le pronostic, et le traitement, les conséquences qui découlent tout naturellement de ces données sur la nature et le siége de toute cette classe d'affections, désignées collectivement sous le nom de *tumeurs blanches!*

Observations.

3e Observation. — *Ostéite générale des deux fémurs; érosion des cartilages; réflexions sur l'altération des os et des cartilages.*— Je rencontrai, sur le cadavre d'une femme d'environ soixante ans, sur laquelle j'ouvris l'articulation fémoro-tibiale droite, les cartilages qui recouvrent le fémur et le tibia altérés en plusieurs points. Sur le condyle du fémur, on remarquait des érosions multiples disséminées çà et là, peu profondes d'ailleurs, et dont les bords étaient taillés à pic. Le fond de ces érosions était formé, dans quelques endroits, par une portion osseuse appartenant au tissu spongieux; dans d'autres, et c'était de beaucoup les plus nombreuses, il était formé par des bourgeons mollasses qui s'élevaient de la surface de l'os, qui, en ce point, présentait tous les caractères de la carie, et se laissait facilement pénétrer par la pointe du scalpel.

Quelques-unes de ces pertes de substances qui paraissaient les plus anciennes présentaient dans leur fond une lamelle éburnée de tissu osseux. Autour de ces érosions, le cartilage ne présentait aucune altération, soit dans sa couleur, soit

dans sa consistance; de sorte que ces pertes de substance semblaient avoir été faites comme avec un emporte-pièce, sans que les parties environnantes parussent s'en être ressenties.

Le cartilage en totalité semblait aminci, car, par transparence, il était possible en quelques endroits de voir la substance osseuse. Les cartilages sur le tibia n'étaient point érodés comme sur le fémur, mais ils avaient perdu leur transparence et leur état lisse. Ils étaient grisâtres et ramollis, convertis en une espèce de gelée mélangée de fibres s'insérant perpendiculairement sur la surface du tibia. Celui de la rotule était aminci sans érosion.

La synoviale était comme fongueuse; elle ne présentait d'ailleurs qu'une vascularité médiocre; elle était plutôt imbibée de sang qu'injectée par lignes régulières. Il y avait du pus en assez petite quantité dans l'articulation, pus grisâtre, mal lié. En voyant cette articulation en cet état, je me demandai de suite quel avait pu être le point de départ de la maladie. Or, la synoviale et ses parties environnantes ne me paraissaient pas assez malades pour avoir pu être primitivement altérées. D'autre part, je me demandai si les cartilages ne seraient point là véritablement *ulcérés*, et si ces *ulcères* n'auraient pas été la cause des désordres que j'observais. Ces réflexions, je les faisais avec mon collègue, M. Gosselin, prosecteur de la Faculté. Toutefois, comme j'avais vu déjà plusieurs cas de cette nature, je crus pouvoir annoncer qu'il y avait, comme maladie primitive, une ostéite de l'extrémité articulaire du fémur. Je me fondais sur ce que l'os était plus volumineux que de coutume, sur ce que le périoste me semblait épaissi, et enfin sur l'érosion des cartilages eux-mêmes. Je ne pus mesurer comparativement

les deux fémurs pour m'assurer d'une manière mathématique qu'il y avait augmentation de volume ; car, comme je le dirai, celui du côté opposé était malade aussi ; toutefois, il était évident que l'extrémité inférieure, aussi bien que le corps de l'os, présentait un quart au moins en sus de son volume.

L'os fut scié longitudinalement, et alors nous trouvâmes une rougeur intense de la membrane médullaire de tout le fémur. L'extrémité supérieure de l'os était gonflée et considérablement vascularisée ; les cellules étaient agrandies, et la densité de l'os était diminuée.

Mais c'est surtout l'extrémité inférieure qui nous présenta les caractères les plus tranchés. En effet, la rougeur était disséminée, par plaques de la largeur d'une grosse lentille, dans la substance spongieuse qui forme l'extrémité inférieure du fémur. Cette rougeur se présentait sous divers aspects, qui marquaient chacun un degré de la maladie : ainsi, là on voyait une rougeur caractérisée par de l'injection pure et simple ; plus loin, du sang était épanché dans les cellules de l'os, ce qui donnait en cet endroit une coloration violette.

Dans un autre endroit, on trouvait, au centre de ce sang épanché, un petit caillot jaunâtre ; ailleurs, enfin, le caillot jaunâtre présentait tous les caractères du pus concret, et était entouré d'une auréole inflammatoire très manifeste. Si on enlevait ce caillot jaune (qu'on aurait pu prendre pour du tubercule) du sein du tissu osseux, et qu'on cherchât à l'écraser entre les doigts, on voyait qu'il résistait comme un caillot de fibrine pris dans l'intérieur d'une veine enflammée (1).

(1) Je fis examiner cette pièce par M. Cruveilhier qui donna à ces altérations le nom d'abcès osseux.

Enfin, et ceci est surtout important à constater, la coupe perpendiculaire de l'os, que j'avais eu soin de faire de manière à ce qu'elle tombât précisément sur le centre de plusieurs érosions des cartilages, nous démontra, à n'en pas douter, que partout où il y avait érosion des cartilages, il y avait un de ces points rouges de l'os décrits plus haut qui y correspondait. Puis, si on portait plus loin l'investigation, on s'apercevait que, là où l'inflammation commençait à se montrer, le cartilage dans le point correspondant commençait à se détacher et à se résorber par sa surface profonde. Ce soulèvement du cartilage était opéré par quelques bourgeons celluleux qui s'élevaient de la surface de l'os au-dessous de la lame compacte, bourgeons d'un aspect grisâtre et extrêmement vasculaires, qui, le développement à part, ressemblaient de tous points à ceux qui tapissaient le fond des érosions complètes des cartilages.

J'ajouterai, pour être tout-à-fait exact, qu'entre les points rouges signalés dans la substance spongieuse, à part les cellules, qui me semblaient plus larges, l'os avait conservé sa texture et sa couleur à-peu-près normales; il contenait un fluide jaunâtre en grande quantité.

La substance corticale du fémur, dans sa diaphyse, commençait à se creuser de nombreux vaisseaux.

Cette altération d'une des articulations fémoro-tibiales me donna l'idée d'examiner l'articulation coxo-fémorale, et je trouvai sur la tête du fémur, dont j'ai déjà signalé la vascularisation et l'hypertrophie à la partie inférieure, une érosion des cartilages en tout semblable à celle que nous avions remarquée sur l'extrémité inférieure.

Je fendis alors le cylindre osseux dans toute sa longueur, et je rencontrai tout le long du canal médullaire une vive

injection, et çà et là des points jaunâtres et purulens. La substance spongieuse de la tête du fémur présentait un grand développement de ces vacuoles, et un fluide sanguinolent y abondait.

L'articulation fémoro-tibiale du côté gauche nous présenta des phénomènes tout-à-fait analogues et plus avancés encore.

En effet, il y avait des abcès au pourtour de l'articulation, qui communiquaient avec la cavité de la synoviale, qui, elle, était considérablement épaissie et fongueuse.

Point de trace de vascularisation du cartilage.

Le fémur, scié de haut en bas, présentait, à un degré plus avancé encore, les caractères décrits dans l'autre.

Le tibia était peu malade : à peine les cartilages étaient-ils érodés. La maladie principale siégeait évidemment dans le fémur.

L'articulation coxo-fémorale était saine de ce côté.

Les autres os du squelette de cette femme, examinés avec soin, ne nous présentèrent rien qui mérite d'être rapporté.

Réflexions.—Il faut noter ici : 1° Le point de départ bien évident de la maladie par les os, ce qui est prouvé par l'ostéite très avancée, et le peu d'altération des parties molles environnant l'articulation, et de la synoviale. 2° L'*ulcération* du cartilage, qui peut être suivie, depuis son début, par sa surface profonde jusqu'à la production d'une érosion complète remplie, à son premier degré, de bourgeons celluleux s'élevant de la surface de l'os. A son deuxième degré, ayant pour fond une lamelle de tissu osseux éburné (ostéite condensante), *ulcération* qui évidemment n'est qu'une destruction analogue à celle d'un ongle dans l'onyxis, et qui a été

causée par la maladie primitive de l'os, puisque chaque érosion correspondait à un point de l'os malade. 3° Absence de vascularisation des cartilages.

IV° OBSERVATION. — *Ostéite avec nécrose du tissu spongieux; régénération des cartilages.* — Il s'agit d'une tumeur blanche du genou prise sur un homme âgé d'environ trente ans, paraissant très fort et très vigoureux. Nous n'avons aucun renseignement sur les phénomènes présentés pendant la vie. C'est donc seulement sous le rapport des altérations pathologiques que cette pièce va nous intéresser.

Quelques fistules existent à la peau, principalement en arrière et du côté externe.

Les parties molles sont résistantes, et paraissent dans plusieurs points adhérer au squelette. La synoviale au-dessous de la rotule paraît à travers la peau comme fongueuse et boursouflée.

L'articulation permet encore quelques mouvemens pendant lesquels la main, appliquée de manière à l'embrasser exactement, perçoit des frottemens très sensibles, annonçant le contact de surfaces rugueuses et dénudées.

Enfin, la rotule est déplacée, ainsi que le tibia, qui semble luxé en arrière et incliné en dedans. Voilà pour l'extérieur.

En disséquant les parties molles de manière à mettre à nu l'articulation, on voit que la peau, les tendons, le tissu cellulaire, les nerfs et les vaisseaux, sont confondus en un tissu homogène, comme lardacé, présentant à la coupe une grande résistance et densité.

L'articulation ouverte permet de constater du pus en petite quantité dans la cavité de la synoviale, qui est fongueuse, grisâtre à sa surface, et boursouflée partout où il

est encore permis de la constater ; mais les surfaces articulaires sont ici singulièrement défigurées.

Voici ce qu'on observe :

1° Le fémur ne conserve plus que deux petites surfaces articulaires encore recouvertes de cartilage. L'une, pour la rotule, sur la partie antérieure du condyle interne ; l'autre, pour le tibia : elle se trouve placée sur la partie inférieure et postérieure du condyle externe du fémur. Les cartilages qui recouvrent en ce point ces surfaces sont inégaux, quoique parfaitement lisses, et ils sont situés sur des éminences osseuses, isolées, qui paraissent être des végétations récentes qui auraient pris naissance sur le fémur.

Partout ailleurs il n'y a plus de cartilages sur l'ancienne surface articulaire du fémur, qui est recouverte par une espèce de membrane lâche, celluleuse dans sa couche superficielle, dense dans la profonde, qui se continue évidemment avec le périoste qui descend du corps de l'os. Si on enlève cette membrane de nouvelle formation, on peut voir qu'il reste encore çà et là quelques points blanchâtres intimement adhérens à la lame compacte de l'os, et qui sont évidemment des restes du cartilage ancien.

Le nouveau périoste arrive jusqu'au bord des cartilages inégaux qui recouvrent les deux petites surfaces articulaires dont j'ai déjà parlé, et au premier abord semblerait s'arrêter au pourtour ; mais si on continue à le soulever, on peut lui fabriquer une continuité avec les lamelles les plus superficielles du cartilage, de telle sorte que ce dernier, après cette ablation, présente une surface rugueuse au lieu d'une apparence lisse et continue.

L'extrémité postérieure et inférieure du condyle interne est presque complétement effacée comme saillie ; elle est

tout-à-fait à nu, frottant contre une surface semblable du tibia, et se présente avec tous les caractères de la carie et de l'ostéite.

2° Du côté du tibia, on observe que le condyle interne est à nu et baigne dans le pus; c'est sur lui que repose la surface cariée du condyle fémoral correspondant.

Le condyle externe est recouvert d'un cartilage inégal, aminci, mais parfaitement lisse et blanc; il répond à la surface cartilagineuse externe du fémur. Je puis aussi lui enlever une pellicule parfaitement transparente, semblable à une lamelle de la cornée, et cette lamelle une fois enlevée, le cartilage devient rugueux.

Chose remarquable, au milieu de ce pus dans l'articulation, de cette carie profonde des extrémités osseuses, de ces fongosités de la synoviale, qui s'avancent jusque sur les bords des cartilages, ces derniers ne présentent aucune trace d'injection vasculaire; ils ont tous les caractères physiques ordinaires, à l'inégalité près de leur surface.

Les ligamens inter-articulaires et les ménisques ont presque complétement disparu; ce qui en reste est comme gélatineux et réduit en bouillie. Cependant, dans le ligament croisé antérieur, qui est resté un peu adhérent à l'os, on voit quelques vaisseaux qui le sillonnent.

La rotule possède encore un cartilage présentant ceci de remarquable, qu'il paraît aussi placé sur une éminence de nouvelle formation, véritable végétation entée sur la surface postérieure de cet os; il est inégal, mais lisse. J'enlève aussi sur lui une pellicule transparente, au-dessous de laquelle je le trouve rugueux et dépoli.

3° En sciant les os, on trouve que le fémur, dans sa portion spongieuse et médullaire, est vivement injecté, que les

cellules sont agrandies, et que leurs parois amincies sont très friables.

La couche corticale de l'os est elle-même creusée de sillons vasculaires nombreux, qui font disparaître en partie la substance compacte. Au niveau du point où le condyle interne s'est affaissé, on trouve du pus jaunâtre infiltré dans les cellules, dans l'étendue d'une pièce de quarante sous. Un filet d'eau projeté en ce point enlève le pus et laisse à nu un séquestre grisâtre de la grosseur d'un marron, séquestre qui, par sa partie inférieure, s'est fait jour dans l'articulation.

Le tibia, fendu longitudinalement, présente une altération très curieuse : une infiltration purulente existe dans toute la partie spongieuse de la tête de l'os qui correspond au condyle interne. Celle qui supporte le condyle externe est très rouge, et à cellules larges, mais sans apparence de pus.

Si maintenant on projette sur la partie infiltrée de ce pus grisâtre un filet d'eau, on met en évidence un énorme séquestre qui n'a pour limites que les parois compactes de l'os. Ce séquestre, qui se détache avec facilité, correspond à l'articulation, d'une part, d'autre part, inférieurement, s'enfonce en partie dans le canal médullaire du tibia.

La membrane médullaire est rouge et injectée dans toute sa longueur; enfin l'extrémité inférieure du tibia est vasculaire, avec perte de densité et gonflement hypertrophique considérable. La couche compacte, comme celle du fémur, présente des canalicules vasculaires très développés.

4° L'articulation tibio-tarsienne présente ceci de remarquable : un amincissement considérable des cartilages, qui dans quelques points sont érodés, et laissent à nu les surfaces du tibia et de l'astragale qui ont perdu leur densité,

sont considérablement vasculaires, et se laissent pénétrer par le stylet avec une inconcevable facilité.

Que conclure de cette observation?

1° Que la maladie a encore ici évidemment débuté par les portions dures (ostéite avec nécrose du tissu spongieux), que la perte des cartilages, puis l'irruption du pus s'en est suivie, et de là tous les phénomènes observés dans la synoviale, etc.;

2° Que les cartilages absorbés sur le fémur (parce qu'ils ne servaient plus à rien, le mouvement n'ayant plus lieu) ont été remplacés par une membrane de nouvelle formation servant de périoste, et se continuant avec celui de l'os;

3° Qu'une membrane lisse recouvre les cartilages comme un vernis, un véritable épithélium, et se continue avec le périoste ou la synoviale, et que sous lui le cartilage est rugueux. La destruction de cet épithélium, par la macération dans le pus ou d'autres liquides, amène la dégénérescence et l'amincissement des cartilages par points, mais principalement au centre, sans que pour cela on puisse le dire malade.

Ve Observation. — *Luxation iliaque droite fort ancienne; formation d'une articulation nouvelle; coxalgie de cette articulation;* par M. Demarquay, interne à l'Hôtel-Dieu, aide d'anatomie de la Faculté. La femme Pillot, âgée de trente-quatre ans, ouvrière en dentelles, née de parens assez bien portans, assez grande, maigre, lymphatique, est entrée pour la seconde fois salle Saint-Paul, n° 12, service de M. Blandin, au 9 janvier dernier. Cette femme nous donne alors les renseignemens suivans : à l'âge de dix-huit mois, une personne âgée, aux soins de laquelle elle était confiée, la laissa tomber sur la hanche droite. Cette chute fut suivie de vives douleurs qui persistèrent durant six mois, au dire

de la malade, qui tenait ces détails de sa mère ; au bout de ce temps, c'est-à-dire vers l'âge de deux ans, elle put marcher, mais elle boitait. Toutefois, cette claudication était peu marquée : elle pouvait la rendre insensible avec un peu d'attention. Jusqu'à l'âge de douze ans sa santé fut parfaite ; mais à cette époque, qui fut celle de sa menstruation, il se produisit un grand trouble du côté des fonctions digestives : elle éprouva des goûts bizarres. La menstruation se fit mal, et, à partir de ce moment, sa santé fut mauvaise. Elle se maria à trente ans ; elle eut deux enfans, et ce fut pendant sa dernière grossesse que se développa sa coxalgie : en effet, au mois d'octobre 1843, alors qu'elle était enceinte de six mois, elle éprouva de vives douleurs dans l'articulation coxo-fémorale droite ; les douleurs étaient si vives, que la malade resta privée de sommeil pendant trois semaines. Au mois de novembre dernier, elle se fit apporter dans le service de M. Blandin, où elle ne resta que peu de temps, vu que quelques symptômes d'avortement avaient forcé le chirurgien à la faire passer dans la salle d'accouchemens, où elle resta jusqu'au mois de janvier, époque à laquelle elle fut remise dans le service de M. Blandin, dans le dernier degré du marasme causé par la coxalgie et la phthisie, auxquelles la malade a succombé.

État de la malade le 9 janvier. Maigreur extrême, plaies au sacrum, avec dénudation des os ; paralysie légère de la face à gauche ; les alimens ne sont plus supportés ; elle ne prend qu'un peu d'eau de Seltz coupée avec du vin.

La cuisse droite est fortement fléchie et portée dans l'adduction ; les deux genoux ne sont pas sur la même ligne : le droit se trouve de 4 à 6 centimètres au-dessus de celui du côté opposé. Le grand trochanter fait une saillie considé-

rable dans la fosse iliaque droite, où l'on sent également la tête fémorale. Ces deux parties du fémur sont plus rapprochées de la crête iliaque que les mêmes parties ne le sont du côté gauche. Impossibilité de mouvoir le membre, tant les douleurs sont vives. Les tentatives que nous avons faites pour l'allonger et le mettre dans une position convenable à la mensuration étaient tellement insupportables, que nous dûmes y renoncer. La malade souffre beaucoup dans le genou droit, qui d'ailleurs ne présente rien de particulier. La douleur du genou droit est rémittente. Mort le 9 au soir.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — Nous passerons tout ce qui est relatif à la phthisie, pour ne nous occuper que de la coxalgie.

La fosse iliaque externe droite ne présente rien de particulier, si ce n'est la saillie du grand trochanter et de la tête fémorale; la peau de cette région est saine; le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré de sérosité; le grand fessier ne présente rien de particulier: il est décoloré comme tout le système musculaire. Le moyen fessier est atrophié en partie; ses fibres antérieures sont pâles; on ne trouve plus les traces des fibres charnues; une matière jaunâtre graisseuse les remplace. Les fibres moyennes et postérieures n'ont pas subi de dégénérescence; le tendon se trouve obliquement dirigé d'avant en arrière. Les jumeaux, l'obturateur interne, le pyramidal, sont fortement tendus, dirigés obliquement de dedans en dehors et de bas en haut. Le nerf sciatique est fortement dirigé en dehors, et se recourbe sur la tubérosité de l'ischion, pour se porter à la partie postérieure de la cuisse. L'obturateur externe, le carré crural, le moyen adducteur, sont obliquement dirigés de dedans en dehors et de bas en haut; tous ces muscles paraissent augmentés de vo-

lume relativement à la force du sujet. Les fibres antérieures du petit fessier ont subi la même transformation que celles du moyen. Ce qu'il y a surtout de remarquable est l'allongement des fibres musculaires du carré crural et de l'obturateur externe, qui ont suivi sans se déchirer la sortie de la tête fémorale. Le tissu cellulaire qui se trouve entre le petit fessier et la capsule de nouvelle formation est épaissi, friable, imbibé de pus. La capsule de l'articulation nouvelle est épaissie à sa partie supérieure : dans ce point, il existe deux ouvertures noirâtres par lesquelles on pénètre dans l'articulation. La capsule ne présente pas de vascularisation apparente dans son tissu. La cavité articulaire nouvelle, qui contient un peu de pus, présente le caractère suivant : elle est située au-dessus de la cavité cotyloïde ancienne, un peu en dehors de l'épine iliaque antérieure et inférieure ; son grand diamètre est vertical ; elle est tapissée de cartilage dans sa portion antérieure et inférieure ; mais ce cartilage est ramolli et s'enlève facilement. Dans la partie supérieure et postérieure de cette cavité, plus de cartilage ; la substance osseuse est dure, comme éburnée ; sur la partie supérieure et postérieure de cette surface orbiculaire, s'élèvent deux saillies osseuses assez marquées, qui se réunissent ensemble de manière à constituer une cavité cotyloïde nouvelle qui se trouve interrompue en avant par l'absence de productions osseuses. La tête du fémur est aplatie de haut en bas ; toute la partie centrale est dépouillée de cartilage, et l'os, dans ce point, présente une grande fermeté ; toute la périphérie est encroûtée de cartilage mince que l'on détache assez facilement, si ce n'est à la partie antérieure de la circonférence de la tête, où le cartilage est détruit. Le col du fémur paraît moins long ; la cavité cotyloïde ancienne est revenue sur elle-

même; elle est déformée, triangulaire, à sommet tourné en haut; elle a perdu de sa profondeur. L'intérieur de la cavité est dépourvu de cartilage, plus, de ligament inter-articulaire.

Voici les différentes mesures qui ont été prises après la mort:

Du grand trochanter droit à l'épine iliaque antéro-supérieure.	8 centimètres.
Du grand trochanter droit au milieu de la crête iliaque.	10
Du grand trochanter droit à l'ischion. .	9
Du pourtour de l'articulation malade à l'échancrure ischiatique.	2
Hauteur de l'articulation récente. .	4
Largeur	3
Hauteur de l'articulation ancienne. .	2 à 3
Largeur à la base.	2 à 3
Longueur du col du fémur en haut.	1 1/2
Longueur du col du fémur en bas. .	1 1/2 ou 2
Hauteur de la tête fémorale. . . .	5
Largeur	5
Distance existant entre le centre de l'articulation ancienne et le centre de la nouvelle	6

VI[e] Observation. — *Dégénérescence graisseuse des os; altération des cartilages; réflexions; pièce examinée avant toute macération.* — Une femme portant une tumeur blanche depuis trois mois est amputée : voici quelles sont les altérations que l'on constate. Plusieurs fistules existent au pourtour de l'articulation, fistules laissant écouler du pus et communiquant avec la cavité synoviale. Les parties

molles qui l'environnent ne sont pas beaucoup altérées; il est facile par la dissection de reconnaître toutes les couches qui enveloppent les os. On peut arriver ainsi jusqu'à la synoviale, qui se présente avec les caractères suivans : elle est épaissie en certains points seulement, au niveau, par exemple, du condyle interne, et au pourtour des ouvertures fistuleuses; en ces divers endroits elle présente des fongosités s'élevant de sa surface interne, qui est vivement injectée. Mais il est facile de reconnaître que ce n'est que partiellement qu'elle est malade, car on la retrouve en plusieurs endroits à-peu-près saine; les ligamens sont intacts, ainsi que les ménisques articulaires. La cavité articulaire contient peu de pus. . . . .

Le fémur présente sur ses condyles des altérations qui méritent une description minutieuse. Le cartilage qui recouvre le condyle externe a conservé sa couleur normale, mais il est détruit partiellement, et les portions qui restent sont inégales, rugueuses et percées de petits trous qui conduisent à la surface osseuse. Celui qui recouvre le condyle interne a une couleur grisâtre; mais, en observant de près, on voit que cette couleur ne lui appartient pas en propre, mais qu'elle est due à ce que, par transparence, il laisse apercevoir une couche brunâtre épanchée entre lui et la surface osseuse, sur laquelle j'aurai à m'expliquer tout-à-l'heure. Ce cartilage a conservé son état lisse; il paraît comme ponctué, apparence qu'il doit à de petits trajets creusés perpendiculairement dans son épaisseur. De ces trajets, qui prennent tous naissance sur la face profonde du cartilage, les uns le parcourent dans toute son épaisseur, les autres n'arrivent que jusqu'à une certaine distance, de sorte que, recouverts encore par une mince couche translu-

cide, ils ne communiquent point avec la cavité articulaire, et la preuve c'est que si l'on presse médiocrement le cartilage, on voit par transparence que le sang qui compose la couche brunâtre épanchée au-dessous de lui, et dont je parlerai tout-à-l'heure, monte, par la pression, dans ces sillons, mais ne peut en sortir, tandis qu'il s'épanche sur la surface cartilagineuse par ceux qui sont complétement perforés.

Ce point d'anatomie pathologique est pour moi d'une très grande importance, car il prouve que la maladie n'a pas débuté par la couche superficielle du cartilage; j'y reviendrai plus tard.

Si on essaie d'enlever le cartilage, on y parvient avec la plus grande facilité, mais en même temps la couche corticale de l'os le suit. Cette couche corticale est réduite à une lamelle excessivement mince, perforée de trous nombreux qui communiquent avec les sillons creusés dans le cartilage. Au-dessous d'elle, infiltrée dans les cellules spongieuses, on voit une couche d'un sang noirâtre à demi coagulé : c'est ce sang qu'on faisait refluer par la pression jusque sur la face articulaire du cartilage.

Examinant alors ces sillons creusés dans le cartilage, et dont les plus petits, à la première vue, eussent pu être pris pour des vaisseaux de gros calibre, il fut facile de s'assurer qu'ils étaient de simples pertuis creusés par absorption, dont quelques-uns, déjà très volumineux, tendaient à envahir la totalité du cartilage.

Le cartilage une fois enlevé parut blanc, élastique, en un mot, il avait conservé tous ses caractères physiques, sans aucune trace de vascularisation. Une chose qui mérite d'être notée, c'est que la synoviale dans un point s'avançait sur le cartilage perforé, et il s'était établi une adhérence entre la

synoviale et les bourgeons charnus venant de l'os qui sortaient par l'érosion; en ce point l'absorption du cartilage avait com encé à se faire.

Sur la rotule, le cartilage était enlevé dans ses deux tiers environ; l'os était à nu; la lamelle de tissu compacte était criblée de trous et soulevée dans toute son étendue par une mince couche de sang encore liquide.

Enfin le tibia, sur son condyle interne, présentait les mêmes altérations que celui du fémur correspondant. Il avait son cartilage pointillé, ulcéré, et une couche de sang noir épanché également entre la lamelle compacte et la substance spongieuse, qui était adhérente au cartilage. Sur le condyle externe du tibia, comme sur celui du fémur, le cartilage était inégal, rugueux, avec des érosions partielles faites comme avec un emporte-pièce crénelé; au fond de ces érosions, l'os se comportait de plusieurs manières différentes.

De la substance spongieuse à nu s'élevaient de petites végétations rouges; ailleurs, la lamelle compacte, extrêmement amincie et criblée de trous, était soulevée par un liquide rougeâtre et du tissu cellulaire bourgeonnant.

Nous fîmes alors, M. Gosselin, avec qui j'examinais la pièce, et moi, une section au fémur, selon le grand diamètre du condyle : nous reconnûmes d'abord que l'os était très mou, et laissait pénétrer la scie avec la plus grande facilité. La surface de l'os nous présenta partout une couleur jaunâtre, excepté en un point, où une tache de la largeur d'une pièce de deux francs, d'une couleur lie de vin, contrastait singulièrement avec la teinte jaune environnante. Les cellules étaient agrandies, et contenaient une grande quantité d'un fluide graisseux d'une nature toute particu-

lière; il était impossible, au milieu de cette substance, de reconnaître la moindre trace de vaisseaux sanguins. Enfin la substance spongieuse, à sa périphérie articulaire, présentait une rougeur peu intense, là excepté où le sang épanché avait décollé le cartilage. Enfin, une substance toute particulière, analogue à du sang décomposé, remplissait les cellules qui formaient la tache lie de vin. On aurait pu, si l'on n'eût été prévenu, prendre cette matière pour du tubercule infiltré; mais nous reconnûmes qu'elle n'en présentait point les caractères.

Le tibia fendu longitudinalement, et la rotule aussi, sauf la tache rouge lie de vin, nous présentèrent la même altération.

Je ferai remarquer en dernier lieu que la substance compacte avait presque disparu, même dans la partie inférieure du corps du fémur, où elle était réduite à une lamelle extrêmement fine.

Réflexions. — Nous ferons remarquer :

1° Cette altération toute particulière du tissu osseux, qui, infiltré de graisse, ne paraît plus apte à se nourrir lui-même, et par conséquent à entretenir la vitalité du cartilage qui lui est confiée. Sous ce point de vue, c'est une dégénérescence graisseuse des os analogue à celle que l'on rencontre dans les muscles et qui paralyse leur action et leur nutrition. Nous ferons remarquer l'agrandissement des cellules du tissu spongieux et l'amincissement du tissu compacte porté à un degré extrême.

2° L'aspect tout particulier des cartilages qui sont perforés de trous analogues à ceux qu'on rencontre dans un bois vermoulu; trous communiquant avec un épanchement sanguin qui s'est effectué entre la lame compacte du fémur et le

tissu spongieux : or, de ces trous, les uns complets, faisaient communiquer cet épanchement de sang avec la cavité articulaire ; les autres, incomplets, ne permettaient point cette communication, et ceci était surtout évident alors que le cartilage étant détaché complétement, on l'examinait à contre-jour, comme M. Gosselin et moi nous nous en sommes assurés.

La conclusion de tout ceci me semble facile à tirer : la maladie a débuté par la substance spongieuse, un épanchement de sang s'est fait entre elle et la lame compacte qui s'est soulevée et perforée de trous. Puis le cartilage, ne pouvant plus puiser de matériaux de nutrition dans un os malade, commençait à se détruire, comme le témoignent les pertuis dont il était creusé ; et enfin, à travers ces pertuis, dont les uns étaient complets, la sanie épanchée dans le tissu spongieux s'est fait jour dans l'articulation, qui, consécutivement, s'est enflammée : telle est la déduction rigoureuse que l'on peut tirer des phénomènes présentés par l'autopsie.

On ne peut dire, en effet, que la maladie ait débuté par la surface libre des cartilages, car comment expliquer, dans cette hypothèse ces pertuis creusés dans le cartilage, ouverts sur la face profonde, et n'arrivant point jusqu'à la surface libre encore, parfaitement lisse et couverte de sa membranule.

On ne peut dire non plus que la maladie avait débuté par les parties molles, puisqu'elles étaient malades partiellement, et parfaitement saines en d'autres points.

Nous sommes donc forcé d'admettre que la maladie a débuté par les os, et que cette affection des os est caractérisée par une dégénérescence graisseuse avec raréfaction et fragilité du tissu spongieux, amincissement du tissu compacte,

et épanchement dans certains points limités d'une matière sanieuse, rougeâtre, qui, lorsqu'elle s'effectue du côté de l'articulation, décolle, amincit, perfore les cartilages, et cause ainsi la maladie articulaire qui a nécessité l'amputation

3° Nous avons vu la synoviale s'avancer en un point sur les cartilages, et contracter des adhérences avec les bourgeons charnus sortant par les érosions que présentait le cartilage. Ne devons-nous pas voir là le commencement de ces envahissemens de la synoviale, qui, dans des cas plus avancés, recouvrent totalement les surfaces articulaires?

En effet, admettons un instant ce degré, et nous dirons : le cartilage enchevêtré entre la synoviale et les bourgeons charnus se serait résorbé, aurait disparu complétement ; on n'eût plus trouvé alors qu'une membrane rougeâtre recouvrant la surface de l'os dénudé, et on eût dit : voilà la preuve que la synoviale passe sur les cartilages.

4° Je ferai remarquer, en dernier lieu, la conservation de la membranule des cartilages en certains points, ce qui prouve que l'affection n'avait pas débuté par leur surface articulaire.

VIIe Observation. — *Cancer encéphaloïde de la main; destruction complète de tous les tissus qui la composent; intégrité des cartilages.* — Au n° 24 de la salle Cochin est couché le nommé Girard (Benjamin), âgé de soixante-six ans, cultivateur, doué d'une bonne constitution. Il portait depuis très long-temps sur la face dorsale de la main gauche un *poireau*, lorsque, il y a deux ans environ, il l'écorcha, puis l'irrita par des applications successives de pommades conseillées par des charlatans : dès-lors le mal empira ; il se forma une ulcération qui tous les jours s'agrandit ; et enfin,

quand il entra à l'hôpital Cochin, il portait une vaste ulcération couvrant toute la face dorsale de la main, ulcération qui lui causait de vives douleurs, et donnait lieu à des hémorrhagies abondantes (cancer encéphaloïde occupant toute l'épaisseur de la main). En cet état, l'amputation était le seul moyen curatif qu'on dût essayer : elle fut pratiquée le 5 juillet 1843.

Examen de la pièce pathologique. — Je ne m'arrêterai pas à décrire minutieusement l'altération évidemment cancéreuse qui avait envahi toute la main ; je me bornerai à dire que tous les tissus qui en composent l'épaisseur sont convertis en une masse ressemblant à de la crême de riz ou à de la matière cérébrale grumeleuse. Au milieu de cette masse, on ne reconnaît, du côté de la face dorsale par où a débuté le mal, ni muscles, ni tendons, ni os, ni tissu cellulaire ; déjà, du côté de l'avant-bras, tous les tissus qui entourent l'articulation radio-carpienne sont compris dans la dégénérescence, et du côté des doigts elle s'étend jusqu'à l'articulation métacarpō-phalangienne.

Mais voici surtout ce qu'il nous importe de bien constater : 1° Les tissus qui composent l'épaisseur de la main sont tellement confondus l'un avec l'autre, qu'il est impossible de distinguer les os des muscles, les muscles du tissu cellulaire ; et réciproquement aussi, une incision transversale perpendiculaire divise-t-elle complétement et facilement la main en deux parties, sans éprouver la moindre résistance de la part des os : il semble que le bistouri entre dans la pulpe cérébrale.

La tranche de la coupe transversale ne permet pas davantage, au premier coup-d'œil, de distinguer ce qui appartient à chaque tissu en particulier ; cependant, en recherchant

plus attentivement, on aperçoit bientôt, au milieu même de la masse, quelques lamelles blanchâtres qui ne paraissent pas avoir la même nature que le reste. Ces lamelles, placées de champ, se présentent avec tous les caractères des cartilages, et il est bientôt permis de mettre ce fait hors de toute contestation; car, retirées avec la plus grande facilité de la bouillie dans laquelle elles étaient comme enfouies, elles ont conservé leur blancheur, leur souplesse, leur brillant, enfin tous leurs caractères physiques. Ces lames cartilagineuses peuvent être dédoublées, et on voit alors qu'elles sont constituées par les deux surfaces cartilagineuses articulaires, qui, lors de la dégénérescence, sont restées accolées dans le même état de contact immédiat où elles étaient avant la maladie. Ces cartilages ne présentent, d'ailleurs, aucune trace de vascularisation; autour d'eux il est impossible de reconnaître le tissu osseux, excepté cependant au niveau du premier métacarpien, là où quelques points osseux peuvent encore être distingués à l'œil, mais surtout au toucher, au milieu de la pulpe cancéreuse.

Grâce à ces lames, on peut noter la position et le nombre des articulations autrefois existantes. Elles sont placées là comme des jalons.

2° Les articulations radio-carpienne et radio-cubitale, successivement examinées, se présentent avec des altérations à divers degrés, qui vont nous mettre sur la voie de la marche des maladies articulaires.

A. Sur la surface articulaire du radius, le cartilage est intact presque partout, un peu aminci sur les bords; mais, ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'en un point la synoviale s'avance par un prolongement, par une jetée (qu'on me passe l'expression) sur la surface libre du cartilage, de sorte qu'il

s'est établi une arborescence vasculaire extrêmement fine, à peine visible à l'œil nu, et si superficielle, que la moindre pression suffit pour faire disparaître le sang contenu dans ces vaisseaux. A tout le pourtour du cartilage, la synoviale forme un bourrelet; elle commence de même à se prolonger d'un demi-millimètre sur ses bords.

La petite tête du cubitus est en grande partie recouverte par un prolongement de la synoviale, et, chose remarquable, le cartilage, dans le point où il est recouvert par cette synoviale, se creuse déjà de vacuoles, est aminci, et en partie résorbé.

L'intérieur du cubitus et du radius examiné, présente un ramollissement dans sa substance spongieuse, avec hypertrophie des cellules; mais la maladie, ainsi que nous l'avons fait remarquer, ne remonte pas au-dessus du ligament annulaire.

Si les cartilages n'ont ni été résorbés ni altérés, comme dans les autres maladies des articulations, c'est que dans le cancer il n'y a point de vaisseaux pour l'absorption, comme l'a démontré M. Bérard. Les artères y sont, il est vrai, nombreuses, et la source d'hémorrhagies répétées, tandis qu'on n'y a point découvert de veines ni de lymphatiques : donc l'absorption y sera nulle, tandis que dans l'ostéite, dans la synovite, il y a une vascularisation de l'os ou de la synoviale, qui amène une prompte résorption des cartilages.

Réflexions. — 1° Cette intégrité des cartilages articulaires au milieu d'une dégénérescence assez complète, cette absence de vascularité, nous démontrent sans réplique et de la manière la plus positive, que les cartilages, comme les ongles, comme les dents, ne sont pas susceptibles de participer activement aux maladies de l'économie, et à plus forte raison, d'être malades par eux-mêmes et primitivement.

Comment admettre, en effet, que si, au milieu d'une dégénérescence qui ne respecte ni muscles, ni vaisseaux, ni nerfs, ni os, les cartilages persistent dans leur intégrité parfaite, ils pourront, par eux-mêmes, et spontanément, s'ulcérer, s'enflammer? Certes, si une affection est *destructrice* par excellence, c'est le cancer.

Aussi ne concevons-nous ici aucune réfutation plausible, quelque théorie qu'on adopte d'ailleurs pour la propagation du cancer.

2° Nous avons vu sur le radius une injection extrêmement ténue, qui s'avançait en un point sur le cartilage et qui paraissait être un prolongement de la synoviale : or, ces vaisseaux n'étaient évidemment qu'une partie du réseau nouvellement créé par la vascularité plus grande dont l'articulation était devenue le siége, sans quoi on ne pourrait concevoir cette vascularisation partielle de la synoviale dans l'opinion qui admet le passage de cette membrane sur le cartilage à l'état sain.

D'ailleurs, ce phénomène n'est-il pas analogue à ce que l'on trouve dans toutes les inflammations des séreuses, à la plèvre, au péritoine, à l'arachnoïde, et où des vaisseaux de nouvelle formation se créent dans des fausses membranes, et unissent le feuillet séreux viscéral au pariétal.

L'analogie ne saurait être plus grande.

Que se passe-t-il alors dans ce prolongement pseudo-membraneux de la synoviale? Petit à petit les vaisseaux s'allongent, la pellicule qui les unit s'épaissit, recouvre successivement toute la surface cartilagineuse, qu'elle finit par voiler complétement. Dès-lors le cartilage, enfermé entre l'os et la fausse membrane, pourvue d'abondans vaisseaux, finit par se résorber et disparaître (celui de la petite tête du cu-

bitus nous offrait le commencement de cette altération). C'est alors que si à cette période on examine la maladie, on trouve l'os dépourvu de cartilage et recouvert par une membrane épaissie.

J'ai trouvé dans *le Traité des maladies des os* de *M. Petit* (tom. II, p. 419, édit. de Louis) trois observations qui viennent tellement à l'appui de ce que j'avance, que je ne puis résister au désir de les donner ici en entier; on verra que dans ces trois cas, comme dans celui que je viens de rapporter, il s'agit de tumeurs cancéreuses, qui ayant détruit les os, les ayant carnifiés n'ont attaqué en aucune manière les cartilages, qui, au milieu du désordre, avaient conservé leurs caractères normaux.

VIII[e] Observation.— Il y a plus de vingt-cinq années que je pansai un soldat, qui avait une tumeur de la grosseur d'un œuf sur le coude-pied, près de son articulation avec la jambe, elle faisait saillie sous la plante du pied; l'aponévrose qui couvre les muscles, avait résisté, et contraint la tumeur de s'étendre et de se manifester sur les côtés; cette tumeur s'ouvrit, elle fut long-temps pansée sans fruit, et on se détermina à couper la jambe, parce que l'articulation s'était abbreuvée, et que le tibia et le péroné n'avaient pu être à l'abri du progrès rapide de cette tumeur. L'amputation faite, je disséquai le membre pour m'instruire; et, dans tout ce que comprenait la tumeur, *je ne trouvai de partie solide que les cartilages* qui couvraient les surfaces par lesquels les os s'entre-touchaient; toutes les parties osseuses avaient la consistance de glandes sans aucune fibre osseuse, si ce n'est à quelques-uns des os les plus éloignés du centre de la tumeur auxquels je trouvai quelques endroits qui n'étaient

pas encore carnifiés, mais qui l'auraient été pour peu qu'on eût tardé à faire l'opération.

XIe Observation. — M. Morand le père, fit une opération de la cuisse à laquelle j'assistai. Après l'opération, nous disséquâmes l'articulation du genou, où était la maladie qui avait engagé à couper ce membre; nous trouvâmes que les condyles du fémur, l'épiphyse du tibia et la rotule avaient la consistance de chair molle; *et tous les cartilages, tant de la rotule que des condyles du fémur et des cavités du tibia, étaient dans leur dureté naturelle;* ils étaient seulement émincés et même fendus en quelques endroits, parce que les os qu'ils recouvraient avaient augmenté de volume en devenant chair.

Xe Observation.— Une tumeur au carpe près de la racine du pouce, se manifestait sous la forme de loupe; on appliqua des fondans et des résolutifs pendant un temps considérable sans aucun succès; au contraire, la tumeur augmenta: M. Maréchal, premier chirurgien du roi, m'assista et m'honora de ses conseils; il fut d'avis que j'attaquasse la tumeur avec les caustiques; par ce moyen on découvrit que tout le carpe était maléficié, et que les os n'avaient aucun soutien; le reste des os du carpe s'altéra de même; de sorte que pour conserver la vie du malade, on fut obligé de lui couper le poignet. Je disséquai la main, et je trouvai que tous les os du carpe étaient carnifiés, excepté les deux qui font la jonction avec l'avant-bras; *tous les autres étaient devenus chair assez molle, hors leurs cartilages;* j'ai même conservé cette pièce.

MISCELLANÉES
comprenant quelques vues, quelques pratiques chirurgicales nouvelles; par le Dr VIDAL (de Cassis).

Il serait à souhaiter que l'homme qui cultive une science, un art, et qui travaille à leurs progrès, vînt, à certaines époques de sa vie, offrir au public médical un résumé, une espèce d'inventaire de ce qu'il croit avoir acquis au profit de cet art, de cette science. Ce tableau du passé de l'auteur pourrait faire prévoir son avenir, et faciliterait le jugement de ceux qui ont la mission difficile de classer les œuvres de leurs confrères, et de désigner leur place dans les Académies, dans les chaires.

C'est, en partie, pour remplir ce vœu que je publie le travail qu'on va lire. Je désirerais que ceux qui ont beaucoup plus de richesses à offrir voulussent suivre mon exemple.

§ 1. *OEdème de la glotte.*

A peine arrivé à Paris, je suivis les leçons de M. Cayol, alors professeur de clinique médicale à l'hôpital de la Charité (1). Le premier malade soumis à mon observation mourut avec tous les symptômes de l'œdème de la glotte. A l'autopsie, on constata la présence d'une certaine quantité de pus dans l'épaisseur des replis qu'on appelle ligamens arythéno-épiglottiques: il y en avait sous l'épiglotte derrière la membrane thyro-hyoïdienne. Une partie de ce pus s'était fait jour dans le larynx et avait étouffé le malade. Frappé de ce fait et d'un autre qui avait été observé par l'infortuné et bien regrettable Hourmann (2), j'adoptai l'opinion qui veut que l'œdème de la

(1) C'était en 1826. J'avais été interne pendant quatre ans à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

(2) Ce fait est inséré dans l'ancienne Clinique des hôpitaux.

glotte dépende d'une inflammation du tissu cellulaire sous-muqueux, surtout de celui qui est à la base de l'épiglotte. Cette inflammation est, selon moi, avec étranglement, et, comme dans le panaris, il y a œdème des parties environnantes. Je conçus alors l'idée d'une opération que je démontrai dans les amphithéâtres de la Charité. Elle consiste : 1° à diviser transversalement la membrane thyro-hyoïdienne, en rasant le bord inférieur de l'os hyoïde ; 2° à s'arrêter après la section de la membrane fibrineuse ; 3° alors, avec la pointe d'une sonde cannelée, on écarte les mailles du tissu cellulaire qui sépare la membrane fibrineuse de la muqueuse, afin de donner issue au pus ; 4° si celui-ci n'existait pas ou n'était pas encore formé, l'incision servirait de débridement et de saignée locale, ce qui pourrait très bien empêcher la suffocation. Jusque-là la plaie n'est pas pénétrante, elle est parfaitement simple ; 5° si les accidens persistent, on peut rendre la plaie pénétrante, pour agir directement sur les tissus œdémateux en les comprimant ou en les carnifiant.

On peut aussi, par ce procédé, extraire les corps étrangers engagés entre les lèvres de la glotte, ou retenus dans les ventricules du larynx. Mais j'avoue que je n'avais pas songé d'abord à cet avantage de mon procédé. Je ne l'avais imaginé que pour le traitement de l'œdème de la glotte.

§ 2. *Opérations en plusieurs temps, en général.*

J'ai voulu combattre *l'unité de temps* comme principe absolu en médecine opératoire. Au lieu de tout terminer en une séance, il y a quelquefois avantage à ajourner un ou plusieurs temps de l'opération. Voici l'exposition abrégée des idées qui doivent recevoir un entier développement dans une lecture académique.

Les opérations *en plusieurs temps* ont l'avantage de ne pas surprendre l'organisme. Par le premier temps, qui est le moins dangereux, on tâte, pour ainsi dire, le terrain. Si on reconnaît, au caractère que prend la plaie, que la nature est en mauvaise disposition, on ajourne l'opération jusqu'à ce qu'elle soit modifiée de manière à permettre le complément ou le dernier temps de l'opération. Le premier temps appelle vers le lieu de l'opération la réaction nécessaire à son succès. D'ailleurs, il y a quelquefois danger à enlever soudainement, tout d'un coup, une maladie qui existe depuis très long-temps. Voyez ce qui arrive, quelquefois, après l'ablation d'une grosse tumeur: On observe un prolapsus général duquel le malade ne peut se relever; l'organisme semble avoir perdu son contre-poids; il n'a plus cette espèce de lest dont la soustraction brusque le fait échouer.

Rien de plus brillant, sans doute, que de *tailler à la minute*, comme l'a dit Ledran; rien de plus admirable que de soustraire, en un clin-d'œil, une maladie qui existe depuis nombre d'années : le bistouri et le couteau ont, pour cela, un avantage incontestable sur les autres moyens. Mais qui sait si des compressions bien combinées, si l'action des caustiques bien dirigée et lentement progressive, ne pourraient pas amener des résultats plus utiles, quoique moins brillans et moins prompts?... En agissant ainsi, ne se rapprocherait-on pas davantage des procédés de la nature qui sont lents et sans secousses. La nature, avant de diviser les tissus, opère des réunions; elle se livre, au préalable, à un travail d'organisation : ainsi, autour des solutions de continuité qu'elle va opérer, naissent des adhérences, ou bien les tissus s'épaississent. C'est la synthèse qui a précédé la diérèse. Dans nos opérations ordinaires, on ne trouve rien qui ressemble à

cela; et cependant nos procédés, pour être efficaces, pour réussir, devraient se rapprocher le plus possible de ceux de la nature.

Je reviendrai sur ces principes pour les appliquer à l'opération de la *taille*.

§ 3. *Extraction des corps étrangers de l'oreille.*

J'ai imaginé une canule plate parcourue par un fort ressort de montre. On introduit cette canule jusqu'au fond du conduit auditif et entre le corps étranger et les parois de ce conduit; on pousse ce ressort vers l'extrémité interne de la canule qui est ouverte : ce ressort s'échappe donc de la canule, se recourbe, et embrasse nécessairement, par derrière, le corps étranger. En tirant le tout en avant, canule et ressort, on extrait le corps étranger. Ce moyen est supérieur à celui de Fabrice de Hilden, aux injections forcées, qui peuvent nuire au tympan, à l'aspiration, au vide fait dans le conduit, moyens inutiles quand le corps est libre, insuffisant quand il est bien engagé dans le conduit.

§ 4. *Ligature de la langue.*

M. Mirault, d'Angers, et M. J. Cloquet, ont conseillé de commencer cette opération par une ouverture au-dessus de l'os hyoïde. C'est par là que j'introduis une grosse aiguille montée sur un manche, et terminée en fer de lance, lequel est percé d'un œil que traverse un fil très fort. Voici la manœuvre :

La langue est saisie par sa pointe, et tirée le plus possible en avant : on enfonce l'aiguille au-dessus de l'os hyoïde. Plus le mal est avancé vers la base de la langue, plus la pointe de l'aiguille est portée en arrière. Après avoir traversé la langue

de bas en haut, la lame paraît dans la bouche avec l'anse du fil qu'elle porte ; au cou, pendent les deux bouts ; on les confie à un aide. Le chirurgien saisit le manche de l'aiguille avec la main gauche : au moyen d'une pince à disséquer tenue de la main droite, un fil est saisi dans la bouche ; il est tiré au dehors de cette cavité, et confié à un autre aide. Il n'y a donc plus qu'un fil au cou. Alors le chirurgien tire un peu l'aiguille vers cette région, comme s'il voulait la faire sortir ; mais la pointe, une fois parvenue au-dessous de la langue, on la pousse de nouveau en haut, et en dehors ; la lance paraît donc sur un côté, entre le pilier antérieur du voile du palais et un bord de la langue. Alors, avec les mêmes pinces à disséquer, on dégage le chas de l'aiguille du bout de fil qui pendait encore au cou. L'instrument étant libre, il est retiré tout-à-fait par le cou. Les deux bouts du fil, qui sont dans la bouche, sont liés ou passés dans un serre-nœud.

Si le cancer occupe toute la langue, on peut faire une double ligature qui étreindra les deux portions de la langue : alors on passera deux fils dans l'œil de la lance ; un d'eux sera noir, l'autre blanc ; quand on aura passé un fil d'un côté de la langue, sans retirer l'instrument, on passera le second fil de l'autre côté par le même procédé. Cette manœuvre est décrite avec beaucoup de détails dans le 4e volume de mon ouvrage.

§ 5. *Luxation de la première phalange du pouce.*

La réduction de cette luxation est extrêmement difficile. Aussi les procédés et les explications qu'ont fait naître les difficultés sont-ils très nombreux. Dès 1825, je constatai ces difficultés en expérimentant les luxations dans les amphi-

théâtres de Marseille. Peu de temps après mon arrivée dans la capitale, un cas de luxation en arrière de la première phalange du pouce se présente à l'Hôtel-Dieu de Paris; elle était irréductible. Dupuytren fit une leçon à ce sujet et pour prouver que l'irréductibilité était produite par les ligamens latéraux, qui conservés, et devenus obliques, appliquaient avec force la phalange contre son métacarpien. Je saisis cette occasion pour faire connaître mon opinion. Je prouvai que l'irréductibilité était due à une boutonnière qui étranglait la tête du métacarpien, et se fermait toujours plus à mesure qu'on opérait des tractions sur la phalange.

Cette boutonnière est formée, en dehors, par la portion externe du petit fléchisseur du pouce, et par le court adducteur; en dedans, par la portion interne du petit fléchisseur et par l'adducteur. Comme les têtes de ces muscles s'insèrent à l'extrémité supérieure de la première phalange, elles sont transportées, en arrière, avec cette phalange, et le renflement supérieur métacarpien se trouve pris entre ces muscles. Pour réduire, on avait tenté inutilement les tractions dans tous les sens et les inflexions les plus diverses : en désespoir de cause j'avais proposé la résection de la tête du métacarpien. M. Malgaigne pensa, avec raison, qu'il vaudrait mieux diviser la portion externe de la boutonnière. C'est dans le *Traité d'anatomie chirurgicale* de ce chirurgien que j'ai appris l'intention que M. Pailloux avait de donner comme neuve l'explication de la boutonnière. Je noterai donc avec soin que mes premières tentatives sont de 1825, que mon travail sur ce point est de 1828 (voy. *Lancette française* t. XI, pag. 750), tandis que la thèse de M. Pailloux est de 1829;

§ 6. *Oblitération de l'orifice du vagin pour le traitement de la fistule vésico-vaginale.*

Voici une conviction bien entière chez moi : *on n'a jamais guéri complètement une fistule produite par une perte de substance du bas-fond de la vessie et de la partie correspondante du vagin, perte de substance due à une mortification de ces parties.*

Considérant tous les *procédés directs* comme inutiles, j'ai conseillé un procédé indirect. Ainsi, au lieu de tenter l'avivement et la réunion des bords de la solution de continuité vésico-vaginale, je conseille d'aviver les bords de l'orifice vulvaire du vagin et leur réunion pour oblitérer ce conduit, et pour que sa paroi-postérieure serve de bas-fond à la vessie.

Les chirurgiens accusent toujours l'action délétère de l'urine qui vient compromettre les résultats des opérations les plus méthodiques : ce serait cette humeur qui, baignant continuellement la plaie, l'empêcherait de concevoir l'inflammation adhésive, sans laquelle il n'y a point de cicatrice possible. Il y a une réflexion bien simple à faire, et qui empêcherait d'accuser toujours l'influence délétère de l'urine : on devrait réfléchir à ce qui se passe à la suite de la taille vésicale. Dans cette méthode, une plaie est faite au corps de la vessie ; cette plaie est continuellement baignée par l'urine : d'où vient qu'elle se réunit sous cette influence maligne ? C'est parce que la vessie qui *vient d'être ouverte* est dans des conditions différentes que celle qui est *ouverte depuis très long-temps.* En effet, quand nous sommes appelés pour faire une opération de fistule vésico-vaginale, la vessie a cessé depuis long-temps de remplir ses fonctions ; ne retenant plus l'urine, elle revient sur elle-même, au point de ne plus constituer un *réservoir*, une

cavité, c'est une simple surface sur laquelle passe l'urine sans s'arrêter. Plus la fistule est large et ancienne, plus la vessie est effacée.

Voici ce qui arrive après une suture faite à la solution de continuité d'une vessie qui se trouve dans un pareil état : dès que l'urine tend à s'accumuler, elle presse sur toutes les parois de la vessie ; partout elle trouve une résistance proportionnée à l'ancienneté de la maladie ; mais là où était la solution de continuité, là la résistance est moindre, car elle est formée par un tissu qui se déchire facilement, comme celui de toutes les cicatrices récentes ; la fistule se reproduit donc. Supposez maintenant que la cicatrice soit assez forte pour résister : comme la vessie ne peut se dilater, elle ne peut contenir qu'une très petite quantité d'urine, et à chaque instant la malade est obligée d'uriner, ou bien il y a incontinence par regorgement. Je ne fais pas là une hypothèse, je cite un fait dont voici les détails :

Une femme encore jeune avait une fistule vésico-vaginale qui avait déjà été opérée sans succès par plusieurs méthodes et dans divers hôpitaux. L'urine qui baignait continuellement les grandes et les petites lèvres fit naître sur ces parties une éruption qui, considérée comme vénérienne, fit recevoir cette femme, en 1832, à l'hôpital du Midi. Je dirigeais alors le service des femmes vénériennes, qui sont maintenant à Saint-Lazare. Ayant reconnu la fistule, sa position, son étendue (l'index pouvait la traverser), je voulus la guérir par la suture, et j'avais pris la résolution d'employer un procédé analogue à celui de Malagodi. J'avais réuni quelques confrères, parmi lesquels se trouvait mon prédécesseur à l'hôpital du Midi, M. Cullerier, et tout était prêt pour l'opération. Il nous fallait une

grande immobilité de la part de la malade; elle nous l'avait promise, mais elle ne tint pas parole: elle se livra, au contraire, à tant de mouvemens, qu'il me fut impossible de saisir les bords de la solution de continuité pour les rafraîchir. Voulant cependant ne pas laisser aller la malade sans lui faire quelque chose (ces mots m'obligent de répéter que c'est en 1832 que cette opération a été faite; il y a donc douze ans), je plaçai au bout d'une pince à pansement un crayon de nitrate d'argent, qui, avec la pince, formait une croix. J'introduisis cet instrument dans le vagin pour cautériser fortement les lèvres de la solution de continuité; mais, en même temps que la paroi antérieure du vagin était en rapport avec un bout du crayon, la paroi opposée était cautérisée par l'autre bout. Une grande partie de ce crayon fut fondue, de sorte que le vagin fut fortement brûlé. Le lendemain survint un gonflement énorme de ce canal; sa paroi postérieure fut fortement appliquée contre l'antérieure, et l'ouverture que celle-ci présentait fut ainsi oblitérée. A mon grand étonnement, l'urine coula par l'urèthre; mais les envies d'uriner étaient très fréquentes, absolument comme chez les personnes qui ont un gros calcul dans la vessie. Cet état dura près de quinze jours. Je voulus alors savoir ce qui s'était passé du côté du vagin. Je plaçai donc la femme comme si j'allais l'opérer, et fis pénétrer un peu l'index dans le vagin : à l'instant, je vis sortir une petite quantité de sang, puis de l'urine. Il était certain que je venais de détruire des adhérences qui existaient entre la paroi postérieure et la paroi antérieure du vagin, adhérences qui maintenaient des rapports de nature à pouvoir empêcher l'urine de couler. J'avais reproduit la fistule. Cette femme ne voulut plus se soumettre à une nouvelle opération.

Je fis part de ce fait à la *Société médicale d'émulation*, dont j'étais alors membre assidu, et le *Journal hebdomadaire* répéta une partie de ma communication. Je vis tout de suite le parti qu'il y avait à tirer de ce fait. Je soumis mes réflexions à plusieurs chirurgiens; mais, ce qui me préoccupa le plus, ce fut la circonstance de l'évacuation si fréquente des urines par l'urèthre, et l'impossibilité dans laquelle la vessie était de retenir cette humeur. Je vis alors qu'elle manquait de capacité, et je résolus de l'agrandir aux dépens du vagin. Je pris le parti de faire de la paroi postérieure du vagin le bas-fond de la vessie; pour cela, il fallait oblitérer le vagin. Voici comment j'y procédai.

C'était en 1832. La femme avait trente-cinq ans; elle était fortement constituée. La fistule était assez grande pour permettre l'introduction de plusieurs doigts. J'avivai, avec le bistouri, l'orifice du vagin, et j'y plaçai trois points de suture simple à l'aide d'aiguilles particulières qui facilitent beaucoup cette opération. Ces aiguilles sont fortes, longues de 54 millimètres, portées sur un petit manche, et terminées en fer de lance. Le chas, percé sur cette extrémité, est assez grand pour permettre d'y passer aisément une anse double de fil ciré. Les deux aiguilles étant garnies de leur anse de fil, je traversai les bords de l'orifice vulvaire du vagin, jusqu'à ce que le chas parût entre les deux lèvres de la plaie. Je dégageai alors avec des pinces l'anse de fil, que je confiai à un aide. Après avoir retiré l'aiguille, je procédai de la même manière de l'autre côté: il y eut alors deux anses de fil entre les deux lèvres. Je passai l'anse gauche dans la droite, et celle-ci servit de conducteur pour faire traverser la lèvre droite au fil du côté gauche, lequel se trouva alors avoir traversé les deux lèvres de la plaie. Le fil

droit fut retiré, car il était inutile. Je plaçai de la même manière deux autres fils, et mis sur chaque côté de l'orifice du vagin deux morceaux de bougie pour faire la suture emplumée.

Le lendemain la malade put uriner par l'urèthre. Trois jours après, elle put faire jaillir l'urine toujours par l'urèthre, et pendant près d'un mois il ne s'écoula pas une goutte d'urine par le vagin. Les règles survinrent et furent chassées au dehors, toujours par l'urèthre. Mais un jour que les urines avaient de la difficulté à sortir, mon élève, voulant introduire une algalie dans l'urèthre, la porta sur la cicatrice, qui fut ainsi déchirée (1). A l'instant du sang sortit, et les urines s'échappèrent par le vagin. La cicatrice n'était pas assez forte pour soutenir l'action mal dirigée de la sonde, mais elle l'était déjà assez pour contenir les lèvres de la plaie.

M. Auguste Bérard a vu cette femme. Ce n'est là qu'un demi-succès, mais qui sert à prouver : 1° que les règles peuvent passer par l'urèthre ; 2° que l'urine peut être chassée par cette nouvelle vessie, et qu'elle peut *jaillir* ; 3° que ces urines n'entrent pas dans la matrice pour passer par les trompes et aller inonder le péritoine (mes expériences sur les injections intra-utérines prouvent d'ailleurs combien il est difficile de faire passer du liquide dans les trompes) ; 4° la cicatrice s'est assez maintenue pour me faire penser que des dépôts calcaires ne se feraient pas facilement dans cette nouvelle vessie. Quant au reproche d'imperfection qui est adressé à ce nouvel organe, j'avoue qu'il est mérité ; il est si bien mérité, si bien reconnu, qu'on pouvait s'épargner la peine de le faire. Je n'ai jamais prétendu

(1) Cet élève est aujourd'hui praticien à Paris.

établir de toutes pièces une vessie aussi parfaite que celle qui existait avant la fistule.

La difficulté de fermer l'orifice du vagin est réelle ; l'impossibilité est une assertion. L'argument qui consiste à dire que je prive la femme de son plus bel attribut, que je lui enlève son sexe, qu'elle ne pourra plus être fécondée, cet argument est un de ceux que je ne réfute pas.

§ 7. *Taille en plusieurs temps.*

Il a été déjà question des principes sur lesquels reposent les opérations en deux temps. J'en ai surtout fait une application à l'opération de la taille.

Selon moi, l'infiltration urineuse est le plus redoutable des accidens qui surviennent après l'opération de la taille sus-pubienne. C'est sans contredit celui qui fait le plus de victimes. Après une plaie du corps de la vessie, l'urine se trouve, à l'instant, en contact avec un tissu cellulaire, mince, lâche, enfin très infiltrable. Or, si la nature ne réagit pas avec force, s'il ne se forme promptement une espèce d'eschare protectrice, l'infiltration a lieu, et la mort est presque inévitable. Pour éviter cet accident, il faudrait rendre ce même tissu cellulaire plus dense, moins perméable, et cela avant de faire couler l'urine. Eh bien ! on obtiendrait ce résultat, si on faisait la taille en plusieurs temps, si on divisait d'abord la peau, les tissus sous-jacens jusqu'à la vessie, et si on n'attaquait cet organe qu'après la réaction organique qui change les conditions physiques et vitales du tissu qui l'entoure ; viendrait ensuite l'extraction des calculs. Le premier temps, chez certains sujets, et dans quelques cas, pourrait être exécuté avec le caustique. Dans le

plus grand nombre des cas, le bistouri est préférable. M. Monod, qui a opéré par ce procédé, a réussi.

§ 8. *Taille quadrilatérale.*

L'infiltration urineuse dans le tissu cellulaire du bassin peut avoir lieu après une taille périnéale, comme après la taille hypogastrique, si, en incisant la prostate, on dépasse les limites de la base de cette glande. C'est pour respecter ses limites, et donner en même temps issue facile à un calcul volumineux, que j'ai appliqué le *débridement multiple* à l'opération de la taille. J'ai proposé cette méthode dans ma thèse inaugurale (28 août 1828), et mes premiers essais datent de 1825. Je crois que l'école de Lecat, qui incisait peu la prostate et la déchirait beaucoup, que celle de Cheselden, qui ne la déchirait pas, mais qui la débridait beaucoup ; je crois que ces deux écoles étaient mauvaises, mais différemment. Celle de Lecat avait raison quand elle n'avait affaire qu'à un petit calcul : alors la petite incision suffisait, et le débridement n'avait pas besoin d'être complété par une déchirure. Selon moi, le volume de la pierre ne doit pas commander une augmentation dans l'*étendue*, mais une augmentation dans le *nombre* des incisions ; car l'étendue doit être toujours à-peu-près la même. Ainsi, pour les petites pierres, une seule petite incision (taille unilatérale) ; pour les moyennes, deux petites incisions (taille bilatérale) ; pour les grosses, quatre petites incisions (taille quadrilatérale).

Je dois dire ici que, pour moi, l'incision extérieure a très peu d'importance : parallèle, oblique, perpendiculaire, droite, courbe, peu importe ; l'important est de ne pas la faire trop grande. Ainsi plusieurs *petites incisions intérieures*, une

seule grande incision extérieure, voilà en peu de mots mes principes. Les deux premières incisions de la prostate sont faites sur les deux rayons obliques inférieurs de cette glande : quand la pierre est de moyenne grosseur, ces deux incisions suffisent ; mais avec une pierre très volumineuse, si on ne fait que deux incisions, elles se réunissent en une seule dont les bords, les angles, sont tiraillés et déchirés quand l'opérateur fait des efforts pour extraire le calcul, malgré la résistance que lui oppose la base de la prostate. C'est alors qu'il faut introduire dans le fond de la plaie l'index gauche, sur lequel est couché à plat un long bistouri boutonné, dont le tranchant est dirigé en haut en dehors et à gauche (rayon oblique supérieur gauche de la prostate) ; puis en dehors, en haut et à droite (rayon oblique supérieur droit). Quand on ne veut pas lâcher la pierre, on confie la tenette à un aide, et cet instrument guide le bistouri, qui va faire les deux dernières incisions. Au lieu de prolonger vers la peau les deux incisions supérieures, comme on le fait pour les incisions inférieures, qu'on confond avec la plaie du périnée, on les borne à la prostate. De cette manière, la taille est *quadrilatérale en dedans*; mais extérieurement, elle n'est que *bilatérale*. La résistance à la sortie du calcul est surtout très prononcée au col vésical : c'est donc là que le nombre des incisions doit être en rapport avec le volume du calcul ; c'est là surtout qu'on doit craindre d'étendre les incisions. Une fois que le calcul a franchi la prostate, il trouve des tissus qui lui cèdent facilement ; aussi les deux débridemens inférieurs qui viennent se confondre avec l'incision en croissant donnent une suffisante liberté au calcul pour franchir le périnée. Ce n'est pas pour *sortir* du périnée que le calcul éprouve des difficultés sérieuses, c'est pour y entrer, c'est-

à-dire, pour passer de la vessie dans la partie du périnée qui correspond à la portion membraneuse de l'urèthre.

La *taille quadrilatérale* fut bientôt comprise par les bons esprits; mais comme elle n'avait que l'analogie pour elle, et que je ne pouvais invoquer des faits en sa faveur, puisque je ne l'avais pas pratiquée sur le vivant, son introduction dans la pratique se fit lentement.

D'abord M. Velpeau, puis M. Guersant fils, en firent les premiers essais à Paris; dans les départemens, MM. Goyrand, d'Aix, Rolland, de Toulouse, et J. Roux-Martin, chirurgien de la marine, proclamèrent les avantages de cette opération, et l'appliquèrent avec un rare talent. M. Rolland écrivit même dans le *Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse* (août 1837), un mémoire remarquable *sur les avantages de la multiplicité des incisions de la prostate dans l'opération de la taille.* Ce travail, fait par un chirurgien qui ne me connaissait que par mon nom, qu'il avait pu lire sur la thèse d'un élève, ce travail, basé sur des faits et sur des vues éminemment philosophiques, est la plus éclatante confirmation de l'excellence du principe des débridemens multiples. M. Rolland l'a invoqué comme complément des tailles prostatiques qui avaient été insuffisantes pour extraire des calculs volumineux. C'était parfaitement comprendre mon intention qui est toujours de chercher à compléter, et non de rejeter les procédés qui ont été sanctionnés par l'expérience. Je pense, en effet, que l'esprit d'exclusion est contraire à l'esprit pratique. Je ne puis transcrire ici le mémoire de M. Rolland, mais je dois citer deux faits qu'il renferme, parce que ce sont deux beaux succès.

1° *Un imprimeur de* 69 *ans, deux calculs pesant ensem-*

ble 4 *onces* 5 *gros; le plus volumineux a* 66 *lignes de périmètre.*— « Convaincu d'avance que la pierre était fort volumineuse, dit M. Rolland, j'incisai la prostate sur deux côtés (selon la méthode Senn); les tenettes introduites dans la vessie, la pierre fut chargée avec quelque difficulté. Eprouvant trop de résistance de la part des parties molles, malgré les deux incisions que j'avais faites, j'en pratiquai une troisième en haut et à droite; les tentatives d'extraction renouvelées, je sentis que la pierre s'engageait, et après des efforts violens, mais ménagés, afin de dilater les parties et éviter leur déchirement, j'emmenai une pierre qui, mesurée plus tard, donna 66 lignes de périmètre. » La seconde pierre fut extraite sans efforts. En 31 jours la guérison a été complète. On notera bien que le malade avait 69 ans. M. Rolland n'avait fait que trois débridemens; il a éprouvé des résistances qui ont nécessité des efforts d'extraction; on va voir qu'en complétant la taille multiple, en la rendant quadrilatérale, M. Rolland fera plus facilement l'extraction d'un calcul beaucoup plus volumineux.

2° *Un homme de* 84 *ans, calcul ovoïde pesant* 6 *onces,* 68 *lignes de périmètre dans sa plus petite circonférence.* —Cette opération fut pratiquée le 5 juillet 1834 à Montauban, en présence de MM. les docteurs Renaud et Delcassé. « Parvenu dans la vessie par le procédé opératoire tel que je l'ai indiqué (celui de Senn), je chargeai une pierre plus volumineuse que je ne l'avais jugée. Après avoir long-temps essayé, mais en vain, de l'extraire, je me décidai à inciser la prostate en haut, sur les deux côtés, dans une direction oblique, et rendis ainsi la taille quadrilatérale. Cette fois les tentatives d'extraction furent plus heureuses, et le calcul fut plus facilement extrait; le malade se rétablit avec assez de rapidité »

Ainsi, débridons en dehors, en dedans, en haut, touchons tous les points du cercle, mais n'en sortons pas.

§ 10. *Résections des os.*

Les résections nécessitent un ou deux traits de scie, ou l'action de tout autre instrument destiné à diviser les os. Il arrive qu'on enlève un os en totalité, on le désarticule: il n'y a alors que des parties molles à diviser. Quelquefois on scie l'os sur un point, et on désarticule une de ses extrémités. L'accident opère, dans certains cas, la solution de continuité de l'os; c'est quand il y a fracture. Si on fait la résection d'une portion d'os sans toucher à ses extrémités articulaires c'est la résection dans la continuité. Si on désarticule l'os après l'avoir scié, c'est la résection dans la *contiguïté*. Dans tous les cas, pour qu'un os soit convenablement enlevé, en totalité ou en partie, il faut qu'il soit *bien saisi et solidement fixé*. Mais, pour cela, l'os doit offrir assez *de prise*. C'est précisément ce qui a rarement lieu dans les cas de résection, et c'est pour que cette prise existe, que je veux faire du tire-fond une espèce d'ajoutage de l'os. Des exemples vont faire comprendre mon procédé, et juger de son utilité. Je commencerai par montrer combien il eût été applicable à un cas de résection qui a acquis une certaine célébrité. On verra si le tire-fond peut lever des difficultés.

M. le docteur Seutin, chirurgien distingué de l'armée belge, fit la résection de l'extrémité supérieure du fémur pour une fracture comminutive produite par un coup de fusil de rempart que reçut un nommé Lisieux, au siége d'Anvers. Il est dit dans l'observation (1): « qu'il y avait frac-

(1) Voyez *Gaz. Méd.*, année 1833, n. 26, page 165.

ture en éclats du col du fémur et du grand trochanter.... » M. Seutin préféra la résection à la désarticulation de la cuisse. « Il fit une incision depuis la crête iliaque jusqu'à trois pouces au-dessus (1) du grand trochanter, porta le membre dans l'adduction et pénétra au fond de la plaie, dont il enleva tous les fragmens détachés. Il y en avait quinze de formes, de volumes différens. Il fit saillir le fragment inférieur du fémur à travers la plaie, et le réséqua immédiatement au-dessous du dernier éclat de l'os. *La tête du fémur était brisée justement au niveau du bord de la cavité cotyloïde ; il ne passait aucune saillie de cette tête, en dehors de la cavité, de telle sorte qu'il n'y avait aucune prise sur elle ; aussi son extraction fut-elle longue et difficile* (2).

Eh bien ! ici c'était le cas d'enfoncer le tire-fond dans la tête du fémur; ensuite, en tirant à soi, on l'aurait dégagée de la cavité qui la contenait ; on tendait ainsi le ligament inter-articulaire, qui eût été facilement coupé, et cette extraction n'eût été *ni longue ni difficile*. Je m'étonne même qu'elle ait été possible ; car il est dit dans l'observation que la tête de l'os était brisée justement au *niveau* du col et n'offrait aucune *prise* : comment donc a-t-on pu la prendre ? On sait combien cette tête est coiffée par la cavité cotyloïde et son rebord fibreux : c'est au point que, pour la désarticulation de la cuisse, Græfe avait proposé d'inciser ce bourrelet fibreux pour faire sortir la tête du fémur ; et cependant, dans la désarticulation du fémur, on sait quel énorme levier on possède pour agir sur cette tête et la faire sortir.

(1) Je pense qu'il y a ici une faute d'impression, et qu'il faut lire *au-dessous*.

(2) Je cite textuellement l'observation de la *Gazette*.

Quand on a à réséquer des extrémités articulaires pour des caries ou des lésions profondes des os, on enlève le moins possible de ces extrémités, parce que moins il y a de perte de substance osseuse, moins il y a de difformité, et plus on se crée de chances pour le rétablissement des fonctions du membre opéré. Mais alors les fragmens à enlever *ont peu de prise*, et ni les pinces, ni les érignes, ni les doigts ne peuvent suffisamment saisir et fixer ces fragmens; leur ablation n'est donc ni sûre ni prompte. Voyez ce qui passe dans la résection du poignet : on attaque d'abord le cubitus; après l'avoir scié un peu au-dessus de son extrémité inférieure, il faut le désarticuler, le séparer du radius et de la main : si on le saisit avec les doigts ou des pinces, il glissera et s'échappera comme un noyau de cerise qu'on presserait avec ces mêmes doigts; tandis qu'en enfonçant un petit tire-fond dans la direction du canal médullaire, vous possédez on ne peut mieux ce petit fragment osseux : vous attaquez d'abord son articulation du côté interne, puis vous faites tourner l'os sur son axe, et vous offrez au tranchant du bistouri le reste des liens qui fixent encore le cubitus aux parties environnantes. On doit, le plus possible, tourner dans le sens qui fait marcher le pas de vis dans la profondeur de l'os saisi; autrement on dégagerait le tire-fond, et l'os s'échapperait.

On conçoit que la possibilité de présenter à la plaie les diverses parties de la capsule ou des autres liens articulaires (en faisant tourner l'os sur son axe), dispensera souvent le chirurgien de multiplier, d'agrandir les incisions pour découvrir l'articulation, ce qui évitera plus d'une fois la lésion d'organes importans, toutes circonstances défavorables au succès.

Ce que j'ai dit de la résection de l'extrémité inférieure du

cubitus, je pourrais le dire de la résection de l'extrémité antérieure du premier métatarsien. Ici, après le trait de scie qui a divisé l'os, rien n'est plus facile que d'enfoncer dans son canal médullaire le tire-fond et de détacher la tête du métatarsien de la première phalange du gros orteil.

J'ai appliqué la première fois mon procédé à la résection des os du coude. Après avoir scié l'humérus un peu au-dessus de ses condyles, j'ai fait pénétrer le tire-fond dans le canal médullaire. Ayant ainsi augmenté le bras du levier si court, représenté par le fragment de l'humérus à enlever, j'ai pu facilement le faire basculer et le dénuder d'abord par sa face antérieure. J'ai coupé d'abord le ligament antérieur de l'articulation, ou, si on veut, la partie antérieure de la capsule; l'article ainsi ouvert, il m'a été facile d'aller aux ligamens latéraux, et de terminer par les attaches de l'olécrâne.

Jusqu'ici il n'a été question que de l'emploi du tire-fond pour aider la désarticulation d'un os déjà scié sur un point de sa diaphyse. Cet instrument a été utile en fixant l'os, en tendant les liens articulaires à diviser, et en les offrant convenablement au tranchant du bistouri. Je vais faire servir maintenant le tire-fond à la section des os. Je supposerai : 1° les cas de résection dont le premier temps consiste à désarticuler l'os, le second à le scier; 2° des cas de fractures compliquées avec issue des fragmens osseux.

Dans les premiers cas, on scie l'extrémité articulaire qu'on a luxée après des incisions convenablement faites aux parties qui entourent l'articulation. Dans les seconds cas, on abat les extrémités des fragmens osseux sortant par la plaie qui complique la fracture. Dans tous les cas, pour que la scie agisse convenablement et rapidement, il faut que l'os

soit solidement fixé : il doit l'être comme s'il s'agissait d'une amputation, c'est-à-dire au-dessus et au-dessous du point où agira la scie ; sans cela l'os vacillera, la voie de la scie s'établira difficilement, et l'instrument sera souvent arrêté ; il y aura un ébranlement dans le membre qui pourra devenir funeste.

Je suppose une résection de la tête de l'humérus : le premier temps est opéré, la tête est sortie de sa cavité ; un trait de scie sur son col doit l'abattre. Eh bien ! si en même temps que l'humérus est fixé par l'opérateur, qui saisit le corps de cet os, un aide implante un tire-fond sur la tête articulaire, l'os est fixé sur deux points, entre lesquels la scie agit avec une sûreté et une rapidité surprenantes ; tandis que si une de ces conditions manque, l'os n'est fixé que sur un point, la tête est libre, il y a vacillation, ébranlement du membre, lenteur, difficulté dans ce temps de l'opération.

Si on opère la résection du genou, après avoir dénudé les condyles du fémur, on enfonce le tire-fond dans la rainure qui les sépare.

Je ne pense pas qu'on objecte la difficulté d'introduire le tire-fond dans une extrémité articulaire, car la couche compacte de cette partie de l'os est très mince, et l'instrument est bientôt parvenu dans le tissu spongieux, qu'il traverse très facilement. On dira peut-être qu'il ne peut être appliqué sur des os malades. Mais dans le plus grand nombre des cas, c'est après le premier trait de scie qu'il est enfoncé, et on ne doit scier que sur les parties saines. Quand on commence par la désarticulation, il est vrai que la tête de l'os est malade; mais alors on enfonce un peu plus le tire-fond qui peut ainsi indiquer jusqu'où va le mal ; il devient alors un moyen

de diagnostic. Je ferai remarquer que les tire-fonds ordinaires sont trop coniques ; je veux dire que le cône se prononce trop brusquement. Je préférerais, pour cet usage, un tire-fond qui se rapprocherait davantage de la vrille; je le voudrais moins conique et avec l'arête plus prononcée. De cette manière, il ne lâcherait pas prise comme cela peut arriver aux tire-fonds qu'on trouve dans les boîtes à trépan.

Dans les cas de résection des fragmens de fracture sortis par une plaie, le tire-fond est parfaitement applicable. C'est dans le canal médullaire qu'il faut l'enfoncer. On comprend que les diamètres du tire-fond devront être en rapport avec ceux du canal osseux, et qu'ici il en faut un plus volumineux que celui destiné à être enfoncé dans les têtes articulaires. On pourrait peut-être saisir le fragment osseux et le fixer avec un cylindre creux en métal, traversé par une vis de pression, comme les instrumens dont on se sert sur nos tables pour saisir les gigots. Peu importe le moyen, le but est de faire à l'os un ajoutage, de le prolonger, pour qu'il puisse être solidement fixé sur deux points entre lesquels la scie doit agir.

Je reviens au cas de M. Seutin, et je dis que ce chirurgien aurait plus facilement abattu le grand trochanter, s'il eût pu le fixer sur son sommet après avoir fixé le corps de l'os. C'est surtout dans des cas ayant la gravité de celui qui s'est présenté à l'habile chirurgien belge, que l'utilité du moyen que je propose se fait remarquer; car ici le délabrement est énorme, les souffrances sont cruelles, tout tâtonnement, tout ébranlement est une cause d'insuccès. Je ne crains pas d'avancer qu'avec un tire-fond M. Seutin eût abrégé de moitié son opération. Il en conviendra lui-même, s'il veut tenter quelques-uns des essais que j'ai si souvent répétés avant de

rédiger cet article. Il est facile de concevoir tout ce que peut ajouter aux chances heureuses d'une pareille opération, moitié moins de durée et moitié moins de douleurs.

Il est des résections qui exigent presque d'une manière impérieuse l'emploi du tire-fond : ainsi celles des os du tarse. Si, par exemple, on avait à enlever le cuboïde, comment pourrait-on le saisir d'une manière convenable? comment diviserait-on méthodiquement les liens articulaires sans tire-fond?

§ 11. *Cure radicale du varicocèle par l'enroulement des veines du cordon spermatique.*

Je pense que la récidive après les opérations ordinaires du varicocèle sont dues au rétablissement trop prompt dans les veines du cordon, et au prolapsus du testicule qui persiste.

J'ai donc conçu et exécuté le projet, non-seulement d'oblitérer, de diviser les veines du cordon spermatique à plusieurs hauteurs différentes, mais encore de raccourcir le cordon spermatique pour produire une véritable ascension du testicule, et cela par une opération bien simple, par une seule ligature. Pour remplir cette double indication, j'enroule les veines du cordon autour de deux fils d'argent, comme le câble est enroulé sur cette pièce de bois qu'on appelle cabestan...

Le premier temps consiste à passer un fil d'argent derrière les veines du cordon spermatique. Pour cela une aiguille lancéolée est armée d'un fil d'argent un peu moins fort que le stylet aiguillé de nos trousses : ce fil est vissé sur un bout de l'aiguille taraudée dans le sens de son axe. L'un et l'autre traversent les bourses guidés par le pouce et l'index qui ont

préalablement opéré une séparation entre les veines et le canal déférent. Celui-ci a été porté en arrière, les veines sont poussées en avant dans un pli de la peau.

Le second temps consiste à passer, avec une même aiguille, un autre fil d'argent en avant des veines, afin que ces vaisseaux soient entre deux fils. Pour cela, l'index et le pouce, qui étaient en arrière des veines, sont portés en avant d'elles, et pincent la peau dans ce sens pour y ramener les deux ouvertures par où sortent les deux bouts du fil d'argent déjà placé. En pliant un peu ce fil, qui décrit alors un arc à convexité postérieure, on peut rapprocher beaucoup les deux ouvertures. De cette manière, on raccourcit et on redresse singulièrement le trajet que le second fil a à parcourir. C'est donc par la même ouverture d'entrée et par la même ouverture de sortie qu'on introduit et qu'on retire le second fil. Le fil qui est antérieur aux vaisseaux, une fois placé, on redresse le plus possible le fil postérieur; l'antérieur alors se courbe un peu. Les veines sont donc entre les deux fils qui ont encore leurs extrémités libres.

Ici commence le troisième temps : il consiste à tordre les extrémités des fils. D'abord la torsion n'agit que sur eux. Les fils forment alors une anse qui contient les veines; cette anse va toujours en se resserrant. Ce premier mouvement de torsion réduit le plexus veineux à l'état de véritable cordon. Mais en continuant la torsion, les deux fils se resserrent toujours plus, et tendent à former aussi un cordon ayant une certaine résistance. En tournant sur son axe, ce cordon métallique doit entraîner, dans son mouvement de rotation, les parties comprises entre les deux fils qui le composent. C'est ainsi que les veines avec la gaîne fibro-celluleuse s'enroulent sur ce double fil métallique, comme la corde s'enroule sur un cabestan. Or,

ces veines ont un point fixe du côté de l'abdomen qui ne cède pas, tandis que l'extrémité inférieure de ces vaisseaux fait corps avec le testicule qui peut être mobilisé et déplacé. Cet organe est donc porté vers le point fixe, en haut vers l'abdomen. Plus on fait de tours, plus le testicule est hissé. La laxité du tissu cellulaire des bourses favorise singulièrement ce mouvement d'ascension du testicule. Il s'est formé une espèce de peloton dont la bobine est représentée par un cordon en argent. Les deux bouts de ce cordon sont réunis en avant. On place alors un petit globe de bande sur la peau qui est entre l'entrée et la sortie du cordon métallique, dont les deux bouts sont fixés sur ce tampon par une nouvelle torsion. Puis on passe sous ce cordon une sonde cannelée, à laquelle on imprime le même mouvement qui fait tourner le compresseur des artères, appelé garrot.

Il y a donc : 1° enroulement des veines sur les fils d'argent; 2° compression de ces veines qui sont entre les fils et devant les fils; 3° puis section de ces vaisseaux à divers degrés de hauteur autant de degrés qu'il y a de tours. On fera bien de laisser les fils couper la peau ; car les veines superficielles qui n'appartiennent pas au cordon, et qui rampent entre lui et la peau, seront ainsi comprimées, puis divisées : ce qui est une nouvelle chance contre la récidive. D'ailleurs les principales veines du cordon, en s'enroulant sur les fils, entraînent avec elles une foule de tissus, surtout de petites veines qui échappent à une ligature ordinaire. Ainsi tandis que les ligatures sous-cutanées ordinaires ne divisent que les veines principales du cordon et laissent les deux bouts des vaisseaux en rapport et abouchés entre eux, ma ligature, avec enroulement préalable, ramasse et les veines principales du cordon avec leurs gaînes, et les veines qui l'unissent aux di-

verses enveloppes des bourses, et les veines immédiatement sous-cutanées, celles mêmes qui semblent sillonner le tissu même de la peau; car j'ai soin, quand le varicocèle est ancien, quand il y a des veines superficielles variqueuses, de comprendre ces veines dans le pont de peau qui doit être divisé. De plus, tous les rapports des vaisseaux sont changés, et on se met à l'abri du rétablissement de la circulation par abouchement des bouts de ces mêmes vaisseaux.

TUMEUR TRÈS VOLUMINEUSE,

occupant la région inguinale.—Extirpation.—Guérison; par le docteur AL. COLSON (de Noyon).

Dans les premiers jours du mois de mars 1840, je fus consulté par Pelletier, homme de quarante-huit ans, d'une bonne constitution, grand et fort, domestique à Noyon, chez M. Pluche, à l'auberge Saint-Martin. Il me montra une tumeur qu'il portait dans l'aine droite. Cette tumeur avait le volume de la tête d'un fœtus à terme; elle faisait une saillie assez régulièrement arrondie sous la peau, et elle était très dure; elle s'étendait depuis le tiers interne de la région inguinale jusqu'à l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, en paraissant comprendre le ligament de Fallope dans son épaisseur.

En dehors, la tumeur était immobile, et j'attribuai cette immobilité aux adhérences qu'elle avait dû contracter avec l'épine iliaque; sa portion interne était mobile; mais, dans les points qui correspondaient au ligament de Fallope et au bord externe du triangle inguinal, elle était très large; de sorte que cette tumeur représentait une sorte de cône à sommet tronqué et arrondi tourné vers la peau, et à

base profonde, occupant plus des deux tiers de la région inguinale.

La dureté de cette tumeur me fit penser qu'elle devait être en grande partie formée par du tissu fibreux : sa résistance et le bruit qu'elle faisait entendre sous le choc des doigts, étaient tels dans certains endroits, que je pensai qu'il existait aussi dans cette tumeur des portions ossifiées sous forme de plaques. Ce qui me confirma dans ce diagnostic, ce fut le long laps de temps que la tumeur avait employé pour s'accroître et arriver au volume qu'elle avait aujourd'hui, car le malade disait qu'il y avait environ quinze ans qu'elle avait commencé à se développer.

La santé du sujet étant bonne, aucun engorgement n'existant dans le ventre, et les difficultés que pouvait présenter l'extirpation de la tumeur ne me paraissant pas devoir constituer un obstacle, je proposai l'opération à Pelletier, et il s'y décida. Dans la soirée du dimanche 15 mars, il entra à l'Hôtel-Dieu de Noyon.

Je lui fis tirer une livre de sang du bras le lendemain, et, le mardi 17, je le fis placer sur le lit d'opérations, où, après avoir rasé la tumeur, je voulus confirmer mon diagnostic avant d'en venir à l'opération ; c'est pourquoi j'enfonçai une aiguille dans la tumeur. Cette aiguille s'arrêta bientôt sur un corps dur, résistant au choc et sonore, comme devait l'être une plaque osseuse à moins d'un pouce de profondeur.

Cette circonstance n'étant point de nature à me détromper, je procédai immédiatement à l'extirpation de la tumeur en présence de M. le docteur Ancelle, et de M. Boulogne, chirurgien-adjoint à l'Hôtel-Dieu.

Je fis donc sur le milieu de la tumeur, et dans la direction du ligament de Fallope, une incision qui dépassait ses li-

mites d'environ un pouce, tant en dehors qu'en dedans; je la séparai jusqu'à sa base, et je reconnus qu'elle s'étendait en hauteur jusqu'au-dessus du ligament de Fallope, lequel était compris dans son épaisseur. Je mis ainsi à découvert en dehors le muscle *fascia lata* et le couturier, en haut, l'aponévrose abdominale, en bas et en dedans le tissu cellulaire et les ganglions lymphatiques qui recouvrent l'artère et la veine crurales. Mon incision ne me permettant pas de bien découvrir la tumeur par en bas, je lui donnai la forme d'un T, en faisant partir du milieu de sa lèvre inférieure une autre incision qui se dirigeait en bas et en dehors, dans l'étendue de 3 à 4 pouces. Mon intention était de disséquer d'abord la tumeur en dedans, au-dessus des vaisseaux de l'aine; mais les difficultés que je rencontrai, et le danger que je courais en agissant ainsi, mes coups de bistouri portant sur des ganglions lymphatiques enflammés, et sur du tissu cellulaire hypertrophié qui se trouvaient au-dessus des vaisseaux, et paraissaient les comprendre dans leur épaisseur, me firent bien vite changer de résolution. J'attaquai alors la tumeur par son côté externe; je coupai ses attaches à l'épine iliaque antérieure, en comprenant dans cette section le ligament de Fallope, qui faisait corps avec elle, la majeure partie du muscle *fascia lata*, son aponévrose, ainsi que l'attache supérieure du couturier. Je vis alors que ces deux muscles *fascia lata* et couturier étaient compris dans la tumeur, qu'ils avaient changé de nature, et qu'ils étaient convertis en majeure partie en tissu encéphaloïde, et commençant à se ramollir; je passai une sonde cannelée sous le muscle couturier, en bas de la tumeur et au-dessous de la portion dégénérée de ce muscle; je le coupai en travers

sur la sonde cannelée : je pus alors saisir toute la masse morbide en l'empoignant de la main gauche ; je la détachai largement avec le bistouri en dehors, en haut et au-dessous, en coupant dans les parties saines, et notamment dans les muscles de la partie externe et supérieure de la cuisse. Bientôt je pus renverser la tumeur en dedans, où je me réservais d'agir avec plus de précaution lorsque j'approcherais de l'artère crurale.

Effectivement, quand je fus arrivé au-dessus de cette artère, je quittai le bistouri pour me servir des ciseaux, et je m'assurai auparavant, avec le pouce et l'indicateur de la main gauche, que les parties que je devais couper ne comprenaient pas l'artère crurale. Malgré cette précaution, un jet artériel, qui sauta en l'air, en sifflant, à plus de trois pieds de hauteur, après un de mes premiers coups de ciseaux, me fit croire que j'avais intéressé l'artère crurale. Je fis comprimer par un aide, avec les doigts placés à l'endroit d'où jaillissait le sang, l'artère qui le fournissait, et j'achevai alors en toute sécurité la dissection et l'extirpation de la tumeur. Quand celle-ci fut enlevée, je m'apprêtai à lier l'artère crurale : je fis donc lâcher la compression, et je vis dans le fond de la plaie l'artère crurale battre à nu dans l'étendue d'environ un pouce et demi à deux pouces ; je m'aperçus que j'avais intéressé sa gaîne dans l'étendue de trois à quatre lignes à l'endroit d'où provenait l'hémorrhagie. Je remarquai aussi que le jet du sang avait une forme arrondie, qui ne me paraissait pas coïncider avec la disposition de l'ouverture que je supposais avoir faite avec mes ciseaux à l'artère crurale. D'ailleurs, ce jet se dirigeait en haut et en dehors ; je pensai donc que ce devait être l'artère tégumenteuse abdominale, ou bien la musculaire superficielle, que j'avais coupée, et dont le calibre

s'était considérablement accru, parce que sans doute elle était devenue l'artère nourricière de la tumeur ; mais je l'avais intéressée si près de l'artère crurale, qu'il me sembla, sinon impossible, du moins très difficile de la lier sans comprendre en même temps la crurale dans la ligature, ou plutôt je crois qu'alors je ne songeai véritablement qu'à lier l'artère crurale.

J'engageai donc l'extrémité de l'aiguille de Deschamps, garnie d'un fil ciré double, sous le côté interne de l'artère crurale, par l'ouverture que j'avais faite involontairement à sa gaîne avec mes ciseaux en enlevant la tumeur, et le hasard voulut que l'artère crurale glissât sous l'aiguille pendant que je lui faisais faire sa révolution, comme pour placer un fil derrière cette artère ; mais le fait est qu'elle était restée en arrière de l'aiguille, et que j'avais placé mon fil au-devant de ce vaisseau. Je retirai l'aiguille ; je séparai l'un de l'autre les fils doubles de la ligature, en portant le supérieur en haut et au-dessus du jet artériel, et l'inférieur en bas et au-dessous de ce jet, de manière à éloigner chaque fil l'un de l'autre d'environ trois ou quatre lignes. Je nouai le fil supérieur, et cette ligature n'empêcha pas l'hémorrhagie de continuer ; je nouai alors l'inférieur, et l'hémorrhagie s'arrêta.

En nouant ces fils, je m'aperçus bien, au reste, qu'ils ne comprenaient pas l'artère crurale, et l'examen attentif des parties, après la suspension de l'hémorrhagie, ne put que me confirmer dans l'opinion que c'était l'artère musculaire superficielle que j'avais intéressée. Je pensai donc que si cette hémorrhagie m'en avait imposé pour une blessure de l'artère crurale, cette méprise provenait de ce que le calibre du vaisseau lésé était au moins triple de ce qu'il est ordinairement, et ensuite de ce que j'avais coupé cette artère dans un lieu

très voisin de son origine, c'est-à-dire tout près de l'artère crurale elle-même.

Je remarquai, pendant l'extirpation de cette tumeur, que le malade se plaignait souvent de vives douleurs dans la région externe et antérieure de la cuisse et de la jambe : j'attribuai ces douleurs aux tiraillemens et à la section inévitable du tronc principal du nerf crural et de ses divisions.

La plaie large et profonde résultant de cette opération, qui mettait à découvert dans leur partie inférieure les muscles abdominaux, tout le triangle inguinal, ainsi qu'une partie de la région externe et supérieure de la cuisse, ne me parut pas susceptible d'être réunie par première intention ; c'est pourquoi je renversai ses lambeaux en dehors, j'appliquai un linge fenêtré et enduit de cérat sur toute la surface de la plaie, et je la remplis de boulettes de charpie molle et douce. Quelques plumasseaux, des compresses et le spica de l'aine, pratiqué au moyen d'une bande à deux globes, complétèrent l'appareil.

Le malade, qui avait courageusement supporté cette opération douloureuse, fut alors rapporté dans son lit ; je lui fis fléchir la cuisse sur le bassin, la jambe sur la cuisse, et placer un coussin de paille d'avoine sous le jarret. On lui donna quelques cuillerées d'une potion, contenant trois grains d'extrait aqueux d'opium pour six onces de véhicule, et il passa cette journée assez tranquillement ; mais le soir il se déclara un violent accès de fièvre, et je lui fis tirer du bras une livre de sang.

Le lendemain matin, 18, il n'existait que fort peu de fièvre ; mais le ventre était tendu, douloureux, la figure commençait à se gripper ; il y avait eu des envies de vomir ; les urines se supprimaient, et le malade me paraissait menacé de périto-

nite, ce qui ne me surprit point, à cause de la proximité qui existait entre la partie supérieure de la plaie et le péritoine. Des fomentations émollientes furent faites sur l'abdomen, et des lavemens émolliens furent prescrits pour la journée. Le soir, à ma visite, je trouvai le ventre plus tendu que le matin, et le malade se plaignait de la constriction exercée par le bandage; je pensai que cette constriction provenait de ce que la liqueur émolliente, en mouillant les bandes, les avait forcées à se raccourcir, et j'augurai de là qu'en supprimant les fomentations, la constriction du bandage, qui n'était due qu'à un phénomène purement hygrométrique, devait alors cesser tout naturellement. Je recommandai ensuite qu'on donnât au malade des lavemens huileux en nombre indéterminé, et jusqu'à ce qu'ils produisissent des garde-robes. Il fallut en donner quatre ou cinq avant d'obtenir un résultat; mais enfin le malade eut une copieuse garde-robe dans la nuit.

Le 19, à ma visite du matin, j'eus la satisfaction de voir que le ventre était détendu et indolent; le malade était en bon état et sans fièvre : il m'apprit qu'il avait rendu une grande quantité de gaz par l'anus depuis la nuit, et que les urines avaient coulé abondamment. Le bandage, en redevenant sec, s'était relâché, et il n'exerçait plus aucune compression sur l'abdomen.

Le premier pansement fut fait le 21 mars, quatre jours révolus après l'opération; la plaie était belle, la suppuration était établie et de bonne nature. Les lèvres de la plaie furent rabattues sur elle, et on les rapprocha du mieux possible avec des bandelettes agglutinatives; on pansa à plat avec la charpie et des compresses soutenues par le spica. Le malade se plaignant de tiraillement d'estomac, on lui accorda quelques bouillons gras, et les jours suivans il fut mis aux soupes.

Le 26 mars, des bourgeons charnus exubérans recouvraient toute la plaie, et ses parties les plus profondes commençaient à être remplies par eux. A l'angle externe de la plaie, ces bourgeons avaient un mauvais aspect; ils étaient opalins-grisâtres, et ils me parurent annoncer une récidive du mal. J'étais pourtant bien sûr de n'avoir laissé dans la plaie aucune partie malade en enlevant la tumeur; je cautérisai fortement ces bourgeons de mauvais aspect avec le nitrate d'argent, qui fut ensuite promené légèrement sur le reste de la plaie, partout où il existait des bourgeons de bonne nature trop saillans : malgré cela, ces bourgeons suspects continuant toujours à pousser, je me décidai, le dimanche 29 mars, à appliquer sur eux, à l'angle externe de la plaie qu'ils occupaient dans une étendue de longueur d'environ un pouce, une forte charge de caustique de Vienne en poudre.

Ce jour-là même, douze jours après l'opération, la ligature de l'artère musculaire superficielle se détacha, et il n'y eut pas d'hémorrhagie. Trois jours après cela, le mercredi 1er avril, une eschare profonde occupait la place des bourgeons suspects : la plaie était belle dans tout le reste de son étendue; mais ses bourgeons étant toujours exubérans, je les cautérisai de nouveau avec le nitrate d'argent. On continua à panser à plat, comme d'habitude, et le malade fut mis au quart d'alimens dès les derniers jours de mars.

Pendant le cours du mois d'avril, la cicatrisation de la plaie marcha rapidement; l'eschare produite par le caustique de Vienne se détacha, et elle fut remplacée par des bourgeons charnus de bonne nature, qui eurent pourtant encore besoin d'être réprimés avec le nitrate d'argent, parce que, comme ceux du restant de la plaie, ils croissaient trop rapidement.

Ces cautérisations, jointes à des pansemens simples, suffirent pour guérir le malade, et il sortit de l'Hôtel-Dieu dans les premiers jours de mai, quarante jours après l'opération, avec une cicatrice en T dont la branche horizontale, beaucoup plus longue que l'autre, occupe toute l'étendue du pli de l'aine, en s'étendant même en haut et en dehors, jusqu'au delà de l'épine iliaque antérieure.

Depuis sa sortie de l'Hôtel-Dieu, j'ai revu plusieurs fois Pelletier. Dix ou quinze jours après avoir quitté l'Hôtel-Dieu, il avait repris ses travaux de charretier.

Le 16 juillet, la cicatrice était belle, la santé générale était bonne, et rien n'annonçait une récidive. Cet homme était libre de ses mouvemens, et il ne s'est jamais plaint que d'un sentiment de tension et de gêne à l'endroit occupé par la cicatrice, qui pourtant a fini par disparaître ; mais il lui est resté toujours, à partir du moment de l'opération, une sorte d'engourdissement et de froid à la peau, qui va quelquefois jusqu'à l'insensibilité dans les régions antérieures et externes de la cuisse et de la jambe ; si bien que pour dépeindre la sensation qu'il éprouve, cet homme me dit qu'il lui semble que dans ces endroits-là sa peau est morte. Ce phénomène, qui heureusement n'exerce aucune influence sur la force ni sur les mouvemens du membre, ne peut être attribué qu'à la perte de substance éprouvée par le nerf crural dans l'opération, perte de substance que j'évalue à plusieurs pouces de son trajet.

Aujourd'hui 20 mai 1844, quatre ans passés après l'opération, ces phénomènes subsistent encore, mais la guérison de la maladie n'en est pas moins pour cela certaine, et rien n'annonce qu'elle doive se démentir. Pelletier jouit d'une santé parfaite.

Anatomie de la tumeur. — L'examen de la masse morbide me donna la conviction que je m'étais trompé dans mon diagnostic en la regardant comme une tumeur simplement ostéo-fibreuse, puisqu'elle était en grande partie composée de tissu squirrheux et encéphaloïde mêlé à du tissu fibreux cartilagineux, dans lequel plusieurs plaques osseuses de l'étendue et de la forme des ongles de la main se faisaient aisément reconnaître.

Ces plaques osseuses occupaient principalement le centre de la tumeur, où on les trouvait disposées dans des directions différentes, et entremêlées de tissu cartilagineux. La portion de cette tumeur qui est en dehors de la cuisse avait envahi le muscle fascia lata, et c'était la partie supérieure du muscle couturier qui était entièrement convertie en tissu encéphaloïde.

L'association des élémens fibreux, cartilagineux et osseux, est une chose reconnue et commune en anatomie pathologique, celle des tissus squirrheux et encéphaloïde avec ou sans tissus fibreux l'est aussi : mais la réunion dans une seule et même tumeur des tissus encéphaloïde, squirrheux et fibreux, avec le tissu cartilagineux et osseux, étant une chose assez rare pour que ce fait ait été contesté par des anatomistes très distingués, parmi lesquels je dois citer mon ancien condisciple, M. le professeur H. Bérard (1), j'ai cru devoir en signaler l'existence; et j'ai conservé comme moyen de conviction, et comme preuve irrécusable, la pièce pathologique que j'offre à l'examen des chirurgiens qui me la demanderont.

(1) *Dict. de médecine.*

SUR L'INFLAMMATION DE L'UVÉE,

par le docteur AMMON.

L'uvée, face séreuse postérieure de l'iris, est assez souvent atteinte d'inflammation, à laquelle les modernes donnent le nom d'*uvéita*. Je conserve ce nouveau mot, quoiqu'il soit mal formé. Si je ne me trompe, Simoens, médecin du pays de Bade, a le premier appelé l'attention sur cette maladie si importante, à laquelle cependant on n'attache pas encore l'intérêt qu'elle mérite plus que tant d'autres. Assez commune, elle affecte plus souvent les deux yeux à-la-fois qu'un seul de ces organes, et plus souvent aussi les noirs que les bleus et les gris; elle est rare chez les jeunes gens. On la rencontre souvent dans le cas de dyscrasie, soit spontanée, soit spécifique. Sa marche est chronique; elle met l'art du médecin et la patience du malade à une rude épreuve.

D'après mes observations, il y a une uvéite primitive et une uvéite secondaire. De cette différence dépend celle des symptômes. En effet, l'inflammation du parenchyme ou de la face séreuse antérieure de l'iris se transmet aisément à l'uvée; mais parfois aussi l'inflammation se développe primitivement dans celle-ci, et y reste, sans qu'il y ait affection simultanée du parenchyme de l'iris ou de l'hydroméninge. La phlegmasie peut aussi passer de l'uvée à la capsule cristalline, et *vice versa*. Quand elle envahit les deux organes à-la-fois, c'est une *iridopériphakitis*. Les symptômes varient suivant le siége et l'origine de l'uvéite.

Au début du l'uvéite le bord pupillaire est plus mince et plus tranchant que dans l'état normal; il est, je dirais presque dentelé, et un peu tourné en arrière, de sorte qu'il y a

entropion de l'iris. Quelquefois le bord pupillaire est tellement teint de pigment, qu'on y voit paraître un cercle noir, ce qui n'est toutefois facile à reconnaître qu'avec la loupe. Le mouvement de la pupille est lent, ou même tout-à-fait nul. Quelquefois on observe une bande d'un gris argentin foncé au bord de la pupille arrondie. Dans certains cas, la pupille est oblongue, ou irrégulière, avec un bord dentelé. Le non-changement de couleur de la face antérieure de l'iris, à cette période de la maladie, témoigne assez qu'elle n'est point encore attaquée. D'après mes recherches d'anatomie pathologique, cette bande particulière de l'iris provient d'une augmentation et d'une altération de la sécrétion pigmentaire, qui s'étend de l'uvée à la chambre antérieure de l'œil. A ces symptômes s'en joignent d'autres, qu'on aperçoit à la face antérieure de l'œil, surtout dans les yeux noirs. Un cercle bleu, le cercle veineux de l'iris, qui perce à travers la sclérotique, parce qu'il regorge de sang noir, entoure la cornée et l'iris; le cercle pupillaire de cette dernière membrane devient plus épais, et en conséquence fait saillie dans la chambre antérieure; le cercle moyen et le cercle ciliaire disparaissent: à leur place, on découvre des sillons qui s'étendent, en rayonnant, du cercle pupillaire à la sclérotique. Les sillons sont noirs ou d'une teinte obscure; les parties saillantes situées entre eux ont une couleur plus claire, qu'on ne peut cependant pas dire naturelle. L'iris lui-même a une apparence de mort. Tous ces symptômes sont la conséquence d'un accroissement morbide de la sécrétion pigmentaire dans le parenchyme de l'iris, jusqu'auquel s'est propagée l'inflammation de l'uvée.

Souvent aussi on remarque qu'à cause de l'augmentation de la sécrétion pigmentaire dans le parenchyme de l'iris,

le cercle moyen de celui-ci s'élève, qu'il fait ainsi saillie dans la chambre antérieure, et qu'il ressemble à une couronne appliquée contre l'iris. Cependant la forme de la pupille ne change pas pour cela. Un pareil gonflement pigmentaire du parenchyme iridien est toujours le signe précis d'une pléthore de l'iris, et précède parfois l'uvéite ; cependant je n'en ferai pas un signe pathognomonique de la maladie elle-même. Dans certains cas, le cercle ciliaire de l'iris s'hypertrophie pendant le cours de l'uvéite.

Quand l'inflammation de l'uvée augmente, il s'épanche sur la membrane de la lymphe coagulable. Cette lymphe n'est pas blanche, mais jaune, avec un reflet brun, et on la reconnaît à des élévations sur le bord dentelé de l'uvée. Ces saillies grossissent vers le bord pupillaire, où elles deviennent des espèces de boutons, et sont la plupart du temps immobiles, parce que leur corps reste petit. Quand celui-ci croît en longueur, le tissu entier devient flottant, ce que néanmoins j'ai rarement observé. Une autre forme d'excroissances pupillaires accompagnant l'uvéite, consiste en ce que de petits corpuscules bruns se montrent au bord de l'anneau pupillaire de l'iris : certaines personnes leur donnent le nom de condylômes. La pupille a coutume alors de perdre une partie de ses dimensions et de son mouvement, et l'éclat naturel de l'iris se dissipe. Par les progrès de la maladie, le bord pupillaire noir devient plus large et inégal, l'iris s'épaissit, il perd complétement sa mobilité, et sa couleur subit divers changemens.

Dans cet état pathologique, un iris brun prend une teinte jaune verdâtre, entremêlée de taches brunes anguleuses ; un iris bleu, une couleur grise ou de gris jaunâtre. si la maladie continue, la pupille se retrécit peu-à-peu, et finit par dispa-

raître, à cause, tant de l'épaississement de l'iris et de l'uvée, que de l'accroissement de l'exsudation. Il n'est pas rare qu'on voie apparaître des exsudations séreuses, de forme triangulaire, sur la face antérieure de l'iris, tandis que des tubercules jaunes poussent de l'uvée, et se montrent sur le cercle pupillaire. Ils naissent, par une base large, du cercle ciliaire de l'iris, et dirigent leur sommet vers le centre de la capsule : ils ont la forme de ptérygions, ce qui fait que je leur ai donné le nom de ptérygion de l'iris. Ces néoplasmes séreux paraissent en nombre tantôt plus et tantôt moins considérable ; cependant je n'en ai jamais vu plus de huit dans un œil. Leur accroissement est proportionnel à l'intensité et aux progrès de l'inflammation de l'uvée ; la capsule cristalline reste alors presque toujours obscurcie, de même que la cornée perd son éclat quand des ptérygions s'étendent sur elle. Près de ces exsudations triangulaires, on aperçoit ordinairement de petites mucosités jaunes, en sorte que la pupille est presque entièrement obstruée par les excroissances. Un iris qui a subi de tels changemens offre un aspect tout particulier, qui devrait d'autant plus attirer l'attention des médecins, que la cause en est plus obscure. L'état qui le produit paraît dépendre de la sympathie qui existe entre les deux surfaces de l'iris, en raison de leur structure séreuse. Quant à la différence des fonctions de ces deux surfaces, elle ne subit aucun changement dans l'état pathologique, car la sécrétion de l'humeur aqueuse continue sur l'antérieure, et celle du pigment sur la postérieure.

Le gonflement de l'iris détruit totalement la structure de l'iris. Il n'est pas rare que la résorption amincisse la face antérieure de cette membrane à tel point qu'on serait tenté de croire que les fibres solides de l'iris séparent l'uvée proé-

minente en plusieurs saillies simulant une grappe de raisin; ces élévations dirigées vers la cornée, rétrécissent la chambre antérieure. On rencontre parfois cette dégénérescence de l'iris entier vers la fin de l'uvéite, et presque toujours elle trouble la faculté visuelle, si même elle ne l'abolit complétement.

Il n'est pas rare que la capsule du cristallin se trouble pendant l'uvéite. Ce trouble tient à ce que, durant le cours de cette dernière, la capsule cristalline s'enflamme en même temps que l'uvée, ce dont on trouve l'explication dans la connexion intime que le cercle capsulo-ciliaire établit entre la capsule et l'uvée. En pareil cas, l'uvéite mérite bien le nom d'iridopériphakitis. Le trouble de la capsule est de nature inflammatoire; le nuage, d'abord léger, s'épaissit de plus en plus, de sorte que la paroi antérieure de la capsule offre de petites taches d'une forme et d'une couleur diverses, qu'il est facile d'apercevoir à la loupe. Ces taches diffèrent ordinairement de couleur, et quoique ordinairement blanches, parfois aussi elles sont brunes ou d'un brun noirâtre. Ceux qui les regardent comme du pigment détaché de l'uvée se trompent évidemment. Presque toujours à l'iridopériphakitis succède une synéchie totale incurable. Lorsqu'on examine la paroi antérieure de la capsule à la loupe, on aperçoit, au début de la maladie, des vaisseaux déliés, pleins de sang, qui, vis-à-vis de la pupille, se dirigent vers le centre du cristallin et affectent différentes formes. Assez fréquemment ces vaisseaux sont entourés d'un léger trouble qui est produit en partie par une matière plastique, dont les vaisseaux sont l'organe sécréteur, et qui semble provenir en partie aussi du ramollissement de la substance de la capsule. Cette inflammation capsulaire guérit assez souvent, mais dégénère plus fré-

quemment en une cataracte capsulaire partielle, qui alors est incurable. Il serait digne d'intérêt d'examiner avec soin comment ici l'inflammation se termine tantôt par résolution, tantôt par la perte de la transparence.

Les symptômes subjectifs de l'uvéite sont les suivans. La faculté visuelle affaiblie dès le principe, subit des dérangemens variés, et parcourt les degrés les plus divers de la vision de taches et de nuages. Quand la pupille se trouve obstruée, elle disparaît aussi peu-à-peu, l'inflammation passant de l'uvée à la capsule du cristallin, ce qui amène une cataracte capsulaire. Au reste, le malade éprouve des douleurs gravatives, violentes ou légères, dans l'œil ou à la région frontale, quelquefois il aperçoit aussi différentes sortes d'étincelles.

On découvre les changemens suivans dans l'œil qui a souffert pendant long-temps d'une iridopériphakitis. Le parenchyme de l'iris forme une masse celluleuse parsemée d'une grande quantité de pigment d'une couleur diverse; il ne reste plus aucun vestige de la structure particulière de cet organe; la diversité des couleurs qui a coutume d'exister dans l'œil sain, disparaît complétement dans l'œil mort. L'uvée offre beaucoup de pigment noir, qui est dur et très faible. L'uvée sous-jacente paraît d'un blanc jaunâtre et plissée. La capsule du cristallin présente des obscurcissemens partiels de couleur et de forme diverses. C'est le cercle ciliaire qui paraît être le plus coloré par le pigment pathologique, dont la couleur est plus brune que noire. Une partie de la rétine qui avoisine ce cercle, est ordinairement plus épaisse que de coutume; la choroïde semble parfois malade, c'est-à-dire plus pâle, à cause du changement que la couleur du pigment a subi.

L'inflammation de l'uvée consiste, quant à sa nature, en une accumulation de sang pathologique dans les vaisseaux capillaires, d'où résultent d'abord une congestion, puis une sécrétion plus abondante et altérée de pigment, enfin l'apparition de substances plastiques sur la membrane. L'uvée n'est pas toujours seule en proie à l'inflammation : d'ordinaire d'autres parties de l'iris et de l'œil souffrent en même temps que la face postérieure de l'iris, par exemple la capsule du cristallin, la rétine et la choroïde, ce que prouvent surtout la diminution soudaine et l'aliénation de la vue, quand la pupille n'est point encore close par l'exsudation.

A l'égard des causes, le mode de développement de la maladie semble varier d'après la constitution du malade, son tempérament, sa condition, son genre de vie, et le climat; mais ce qui paraît ne pas être douteux, c'est qu'au fond de l'uvéite il y a, dans le corps du malade, une dyscrasie, ou spontanée, ou venue du dehors. Cette cause se manifeste d'abord comme congestion vers la tête, puis comme congestion vers les yeux. Il n'est pas question ici seulement de la goutte, des scrofules ou de la syphilis, mais aussi des altérations spontanées des tumeurs, par exemple, de cette dyscrasie spéciale qui n'est pas rare chez les femmes sur le retour, ou après des couches épuisantes. On peut en dire autant des hémorrhoïdes, surtout lorsqu'elles sont accompagnées de pléthore ou de cachexie veineuse. Ici la veine-porte est le siége du mal, et l'uvéite pourrait être appelée hémorrhoïdes de l'œil. C'est avec raison que quelques personnes mettent la dyscrasie impétigineuse au nombre des causes de l'uvéite. J'ai souvent vu cette inflammation survenir dans un œil quand l'autre avait été blessé ; mais alors il y avait toujours mauvais état du sang chez le sujet, et je crois à

peine possible que la maladie se déclare chez un homme parfaitement sain.

Les indications à remplir sont d'abord de combattre l'inflammation locale, puis d'attaquer la dyscrasie générale, de favoriser la résorption des exsudations plastiques, et de ramener, s'il est possible, la sécrétion du pigment à des conditions normales. Avant tout, il faut diminuer la masse des tumeurs; le meilleur moyen d'y parvenir est un régime convenable et sévèrement observé. Le malade doit ne pas rester toujours couché; le lit doit être frais, et l'air fréquemment renouvelé dans l'appartement. Il faut aux yeux un repos absolu, ou du moins peu de travail. Une légère diaphorèse pendant tout le cours de la maladie est parfois utile. La nourriture est rafraîchissante, relâchante, plutôt végétale qu'animale. On diminue l'inflammation locale par des sangsues, des ventouses ou la saignée; puis on a recours aux dérivatifs, aux vésicatoires, à la pommade stibia. Les boissons sont rafraîchissantes, salines, acidules. On donne souvent des lavemens laxatifs; si les douleurs sont violentes, on emploie les calmans à doses réfractées. Avant de passer aux spécifiques, on emploie avec succès les eaux minérales légèrement purgatives et dépuratives. Les bains de savon tièdes et répétés sont fréquemment utiles.

A l'intérieur, on prescrit les remèdes qui, propres à activer la résorption, agissent contre la dyscrasie générale, et qui, en excitant toutes les sécrétions, détournent l'inflammation de l'œil. Les meilleurs sont les mercuriaux, principalement le sublimé et le calomel. J'ai vu de grands effets de précipité rouge; je le prescris ordinairement avec le polygala de Virginie.

Le malade fait usage de tisanes sudorifiques. A ces

moyens, on associe quelquefois l'usage interne de la racine de belladone. Cette plante convient également à l'extérieur, sous forme de collyre ou de pommade. Il ne faut pas taire cependant que sa propriété d'agrandir la pupille est faible dans l'uvéite, et plus d'une fois on l'a vue ne pas produire l'effet désiré, de sorte qu'on est obligé de recourir à d'autres moyens, parmi lesquels un des meilleurs est la décoction de Zittmann dans l'uvéite par dyscrasie mixte, notamment scrofuloso-syphilitique. Le carbonate de soude, associé au rob de pissenlit ou de chiendent et aux laxatifs, a des avantages quand la maladie provient de la goutte ou de l'aménorrhée. La ciguë, le polygala de Virginie, le chlorure de barium, les iodures de potassium et de sodium, et l'huile de foie de morue, conviennent chez les personnes âgées, qui ont été scrofuleuses dans leur jeunesse. L'huile de térébenthine et les diurétiques se montrent utiles dans l'uvéite rhumatismale. Mais tant que le malade éprouve des congestions, il faut s'abstenir de tous ces moyens, qui feraient alors plus de mal que de bien. Le médecin doit se tenir en observation, et ne pas troubler la marche de la nature, qui souvent diminue, si même elle ne fait pas cesser tout-à-fait l'uvéite par une fièvre, une éruption cutanée, ou quelque autre inflammation locale. Rappelons que le traitement de cette maladie est très difficile, et exige une grande patience.

OBSERVATION

de résection de tout le corps du maxillaire inférieur,

Par le D[r] Vanzetti, professeur de chirurgie clinique à l'Université impériale de Kharcoff (Russie), membre honoraire de la Société Anatomique de Paris, de la Société médico-physique de Moscou, etc.

La résection de la mâchoire inférieure a été déjà assez souvent pratiquée, pour n'être plus considérée ni comme difficile, ni comme dangereuse; aussi faut-il l'avouer, parmi les grandes opérations de la chirurgie, il n'y en a peut-être aucune qui entraîne moins de danger que cette résection, et dont la guérison soit plus rapide (1). Cela s'applique surtout aux cas qui ne sont pas compliqués de dégénérescence des parties molles, où, par conséquent, après la résection de l'os, les lambeaux peuvent être facilement réunis, sans compression ni refoulement de la base de la langue. Dans les cas de tumeurs volumineuses de l'os, l'ablation d'une assez grande partie des tégumens dégénérés, ulcérés ou tombés en gangrène, peut encore avoir lieu sans augmenter les difficultés et la gravité de l'opération, car la partie de la peau qui reste, suffit ordinairement pour recouvrir aisément la plaie; mais dans les cas de cancer qui, après avoir détruit la lèvre inférieure, envahit l'os, l'opération est de beaucoup plus compliquée et ses résultats sont plus douteux, car, outre la résection de l'os, il faut restaurer la lèvre excisée, en fendant les joues transversalement, et s'il le faut aussi, verticalement au-delà de l'incision transversale. L'opération, avec beaucoup de soins, réussit assez souvent dans ces cas, mais la lèvre artificielle qu'on obtient est très rentrante,

(1) Voyez les articles de MM. Bégin et Vidal (de Cassis) sur les accidens *consécutifs* et *tardifs* de cette opération (*Annales de la chirurgie*, t. VII, p. 385 et t. VIII, p. 129).

et l'arcade dentaire supérieure déborde tellement la lèvre inférieure, que la bouche ne peut être complétement fermée. Dans deux cas que nous avons opérés, le cancer avait envahi toute la lèvre inférieure jusqu'au-delà des angles de la bouche, avait envahi aussi l'os qu'on réséqua, en deçà de l'avant-dernière dent molaire : la nouvelle lèvre faite aux dépens des joues, à l'aide d'une incision transversale et d'une autre verticale externe, laissa entre son bord et l'arcade dentaire supérieure, un espace considérable. Dans un cas pareil, il manquait au malade la dent canine et la première molaire supérieures du côté gauche ; et, le bord externe de l'incisive, étant par conséquent libre, entamait tellement la muqueuse de la lèvre supérieure, attirée en arrière à cause de la rétraction des angles de la bouche, qu'il fut nécessaire de l'extraire.

Sans tracer ici en détail l'histoire des résections, dont nous avons mentionné les résultats, nous nous bornerons pour le moment à rapporter l'observation suivante d'un cas de résection de tout le corps de la mâchoire énormément distendu par une tumeur probablement fibreuse, qui avait subi une ossification complète.

Le sujet de cette observation est un homme du peuple, âgé de cinquante-quatre ans, qui avait toujours joui d'une bonne santé, et ne pouvait attribuer à aucune cause l'origine de son mal. — Les dernières années, sa constitution se détériora, probablement à la suite de l'impossibilité où il était de se nourrir de substances solides, à cause du développement énorme qu'avait subie la mâchoire inférieure; le développement anormal de l'os commença dix ans auparavant, époque à laquelle le malade s'aperçut d'abord d'une élévation à la surface interne de la mâchoire, au-desous des dents

incisives, puis d'une élévation au menton : par des progrès lents, et sans causer de douleurs, le gonflement de l'os s'étendit aux deux branches de la mâchoire, remplit le plancher de la bouche, refoulant la langue en haut et en arrière; écarta de plus en plus la mâchoire inférieure de la supérieure, et mit le malade dans l'impossibilité de parler et de mâcher : en dehors, le développement de l'os fut encore plus considérable; devenant de plus en plus proéminente, la mâchoire prit la forme d'un grand cône, dont le sommet descendait jusqu'au devant de la poitrine : toutes les dents tombèrent successivement, à l'exception des deux incisives droites qui, déplacées et couchées sur la tumeur d'avant en arrière, y sont encore implantées. Lorsque la tumeur eut acquis un volume considérable, la grande tension de la peau qui la recouvrait, rendit très pénible chaque mouvement de la mâchoire. L'hiver, le froid intense de nos contrées menaçait de congélation le bout de la tumeur, aussi le malade portait-il sa mâchoire emboîtée dans un sachet de fourrure qu'il s'était construit dans ce but. — Mais à l'approche de l'hiver de l'année 1839, la peau devint le siége de douleurs brûlantes et continuelles qui torturaient le malade, surtout lorsqu'il prenait quelques alimens; au mois de décembre la peau s'enflamma au sommet et aux côtés de la tumeur, et alors les douleurs devinrent si intolérables au plus léger écartement de la mâchoire, que le malade ne put plus introduire dans la bouche, même des substances liquides : se voyant alors menacé de mourir d'inanition, il fut forcé de recourir enfin aux secours de l'art, et il fut porté à la Clinique le 6 janvier 1839..

La mâchoire avait extérieurement la forme d'un énorme renflement conique qui descendait au devant du cou, et dé-

passait de dix pouces environ l'arcade dentaire supérieure. La surface antérieure de ce renflement était plus proéminente à gauche où elle s'élevait en guise de voûte, en refoulant en haut et en dehors l'angle de la bouche, la lèvre inférieure tendue sur la tumeur et entraînée en bas, ne pouvait pas s'approcher de la supérieure, et laissait à découvert une partie de la tumeur. La peau, énormément distendue qui la recouvrait, était saine d'ailleurs; mais au sommet et sur les côtés, il y avait des plaques érysipélateuses où elle était prête à se fendre et à tomber en gangrène. Les parois de la tumeur étaient osseuses; mais dans quelques endroits elles étaient élastiques et cédaient à la pression, rendant très manifestement un craquement de parchemin sec : au sommet et sur quelques-uns des points érysipélateux, l'élasticité était si grande et les parois si amincies, qu'on y apercevait une véritable fluctuation; aussi ayant largement fendu tous ces points ramollis, il en sortit du pus mêlé à un fluide sanguinolent. Le doigt introduit dans la grande brèche qu'on venait de faire au sommet et aux côtés de la tumeur, pénétrait dans une cavité proportionnellement peu vaste, sans pouvoir pénétrer plus loin, rencontrant partout des parois osseuses.

D'ailleurs, à part l'émaciation du malade, tous les autres organes ne présentaient rien de morbide : les ganglions lymphatiques du cou n'étaient pas engorgés, et l'aspect de la tumeur ne révélait aucune malignité, même sur les parties enflammées et gangrénées qui évidemment ne l'étaient qu'à cause de leur distension excessive.

Reconnaissant dans ce cas une tumeur originairement fibreuse qui avait subi une ossification complète, nous nous décidâmes à faire la résection de la mâchoire au-delà des

limites de sa dégénérescence, c'est-à-dire à l'angle de l'un et de l'autre côté; mais avant de procéder à l'opération, il était nécessaire de réparer autant qu'on le pourrait, par des soins hygiéniques, surtout à l'aide d'une bonne nourriture les forces du malade, car, ainsi que nous l'avons dit plus haut, il avait attendu qu'il fût réduit aux extrémités avant de réclamer nos soins. La tension de la peau ayant diminué après l'ouverture de la tumeur, et son sommet s'étant affaissé tant soit peu, les souffrances du malade s'apaisèrent, et l'injection des substances alimentaires, à l'aide d'une petite cuiller et d'un siphon, devint moins difficile. — L'opération fut donc ajournée jusqu'au 30 de janvier, et pendant ce temps notre attention était dirigée sur les changemens qui auraient pu survenir dans la tumeur, après l'ouverture qu'on avait pratiquée, afin d'en éviter l'ablation dans le cas où un affaissement progressif de ces parois aurait été remarqué; mais l'observation journalière de la tumeur fit reconnaître de plus en plus, qu'à part les cavités qu'on avait ouvertes, le corps de la tumeur était totalement formé d'un tissu osseux très compacte qui ne permettait pas de la vider de quelque manière que ce fût, et ne laissait espérer aucun affaissement ultérieur : la résection de la mâchoire devenait donc nécessaire.

Elle fut pratiquée de la manière suivante : On fit deux grandes incisions curvilignes, dont l'une circonscrivait un grand lambeau sur la surface antérieure, l'autre sur la surface postérieure de la tumeur. — On comprit entre ces deux incisions les parties dégénérées des côtés et du sommet de la tumeur. — L'incision antérieure partait près de l'articulation droite de la mâchoire, descendait sur le devant de la tumeur, pour remonter et finir à l'articulation gauche. L'inci-

sion postérieure commençait au-dessus de l'angle droit, descendait sur la surface postérieure de la tumeur, et finissait au-dessus de l'angle du côté opposé. Les lambeaux étant circonscrits par ces deux incisions, on les disséqua jusqu'au-delà des limites de la tumeur, on glissa un bistouri le long de la surface interne de l'extrémité de la branche horizontale de la mâchoire, en frayant par là une voie à la scie à chaînons, avec laquelle on scia l'os, d'abord du côté gauche, puis du côté droit; la tumeur fut alors renversée en dehors et entièrement séparée de la muqueuse buccale et des muscles qui s'y attachaient : les artères faciales seulement durent être liées : les bords de la plaie furent rapprochés avec le plus grand soin, à l'aide de quinze points de suture; on fit pendre les deux ligatures aux coins de la bouche; on appliqua sur les parties opérées du coton qu'on retint en place avec un mouchoir noué sur le sommet de la tête; on coucha le malade sur son séant, en le faisant surveiller constamment jour et nuit par les élèves de service.

En sciant la pièce dans son diamètre longitudinal, on la trouve composée, dans sa presque totalité, d'un tissu osseux intimement adhérent à la lamelle osseuse qui circonscrivait la tumeur : cette lamelle d'ailleurs se fait manifestement reconnaître pour celle même de l'os de la mâchoire énormément distendue, écartée du corps de l'os vers le sommet, et aux côtés de la tumeur cette lamelle constituait les cavités qu'on avait fendues lorsqu'on reçut le malade.

Toute la plaie externe guérit entièrement par première intention. Le soir du lendemain de l'opération, l'adhésion ayant eu déjà lieu, on ôta la moitié des points de la suture. Au matin du quatrième jour, on ôta tous les autres : les deux ligatures tombèrent au sixième et septième jour; la suppu-

ration de la plaie interne ne demanda que quelques injections d'eau tiède, délicatement faites, lorsqu'une trop grande quantité de pus était ramassée dans le plancher de la bouche : ces injections furent réitérées trois fois par jour pendant l'époque de la détersion de la plaie, et tout au plus deux fois dans les vingt-quatre heures, lorsque la suppuration fut en train. Le malade quitta le lit au dixième jour après l'opération. A cette même époque, les bourgeons charnus développés sur l'extrémité disséquée de l'os étaient confondus avec ceux des parties molles. Au douzième jour, un petit abcès se forma au côté gauche, vis-à-vis de l'os réséqué : on l'ouvrit, et il guérit en deux jours. — Au vingt-deuxième jour, la cicatrisation dans l'intérieur de la bouche était aussi achevée.

La guérison rapide et sans entraves dans ce cas, est peut-être due en grande partie au traitement énergique que l'on employa le lendemain de l'opération, et que nous allons exposer : Au matin de ce jour, le malade n'accusait qu'une très légère douleur au côté droit de la plaie ; son état général n'offrait rien d'alarmant, mais cependant son pouls était plein, présentait une dureté insolite et marquait quatre-vingt-dix pulsations : on fit une saignée d'une livre. Le soir de ce même jour, le malade avait passé une journée tranquille, mais il continuait à accuser quelques douleurs au côté gauche de la plaie : on ôta l'appareil, et on trouva comme nous l'avons dit l'adhésion parfaite des bords de toute la plaie ; mais on remarqua en même temps un peu de rougeur, de tension et de gonflement des lambeaux au côté gauche, symptômes qui pouvaient faire craindre une réaction locale trop violente, laquelle aurait brisé l'adhésion déjà formée et amené de la suppuration : on ôta donc la moitié des points

de suture, afin de diminuer les causes d'irritation, et l'on appliqua immédiatement 80 sangsues sur les lambeaux : cela suffit pour faire avorter l'inflammation et assurer le succès de l'opération sans aucune autre intervention de l'art. Les soins minutieux employés dans l'affrontement exact des bords de la plaie, sans laisser à découvert aucun point du tissu cellulaire, et sans y laisser aucune teinte, la pression douce et la température uniforme conservées sur les parties intéressées à l'aide du coton, l'exclusion de toute espèce de cérat, et même de fomentations froides, sont peut-être autant d'élémens de succès : « *Accedente natura ægri bene disposita.* »

L'alimentation du malade demanda dans ce cas aussi, comme dans tous les autres de résection de la mâchoire et de restauration totale de la lèvre inférieure des soins tout particuliers. Nous nous servons pour alimenter les malades d'une seringue ordinaire, dont on introduit très soigneusement dans la bouche le bout de bas en haut. A l'aide de cette seringue, on injecte par *saccades* contre le palais les boissons et les liquides alimentaires que le malade engloutit à l'instant même de chaque injection. Les malades apprennent cette manœvre après les premiers essais, et savent l'exécuter avec le moins de mouvemens possibles des lèvres, en entr'ouvrant seulement la bouche autant qu'il est nécessaire pour l'introduction du bout de la seringue.

Nous gardâmes à la Clinique cet homme jusqu'à la moitié d'avril, afin de ne pas l'exposer à l'action d'un froid trop intense, et en même temps pour donner le temps aux parties sur lesquelles on avait agi de se bien consolider et de s'habituer à l'état contre nature dans lequel on les avait nécessairement laissées. Le malade, pendant ce temps, acquit

quelque facilité à s'exprimer, mais l'articulation des mots lui était toujours difficile à cause du manque de support de la lèvre inférieure et des muscles de la langue. Pour se nourrir, il ramollissait les substances alimentaires dans de l'eau, en les convertissant en une panade liquide, qu'il introduisait avec une petite cuiller dans la bouche, le plus souvent étant dans une position horizontale.

Cet homme jouit maintenant de la plus parfaite santé; il peut parler assez bien, et se plaît à montrer aux personnes qui l'examinent qu'il peut siffler.

VIDAL (de Cassis), *Rédacteur principal.*

ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

DES ABCÈS PHLEGMONEUX INTRA-PELVIENS,

Par M. MARCHAL (DE CALVI).

Limitation et division du sujet.

Notre question est renfermée dans le bassin. Mais il y a deux bassins : le bassin séreux et le bassin osseux ; en d'autres termes, la cavité du bassin et le bassin lui-même. Parlerons-nous seulement des abcès de la cavité du bassin? Traiterons-nous des abcès du bassin, c'est-à-dire, de tous ceux qui peuvent se former dans l'aire circonscrite par les os coxaux, le sacrum et le coccyx. Dans le premier cas, notre sujet se réduirait à la péritonite partielle ; dans le second, il comprendrait nécessairement les abcès du périnée. Il faut prendre un moyen terme. Sur les côtes, en avant et en arrière, nous irons jusqu'aux os ; inférieurement nous nous arrêterons au plancher du bassin : nous ne parlerons qu'accidentellement des abcès du périnée.

Voilà notre sujet limité. Voici comment nous l'avons divisé :

Abcès phlegmoneux intra-pelviens.

Abcès phlegmoneux intra-pelviens chez la femme.

I. DANS L'ÉTAT PUERPÉRAL.
- A. Dans les parties molles.
- B. Se rattachant à une lésion des parties dures.

II. HORS DE L'ÉTAT PUERPÉRAL.
- A. Se rattachant à une déviation du produit de la conception.
- B. A un trouble de la menstruation.
- C. A une maladie des organes génitaux.

Abcès phlegmoneux intra-pelviens chez l'homme.

A. Se rattachant à une maladie de la prostate.
B. A une maladie du cordon testiculaire.
C. A une maladie des vésicules séminales.

Abcès phlegmoneux intra-pelviens chez l'homme et chez la femme.

A. Se rattachant à une maladie de l'intestin.
B. A la cystite ou à un corps étranger en voie d'élimination.
C. A la péritonite.
D. A la phlébite.
E. A une maladie des ganglions lymphatiques.
F. A une maladie des muscles ou de leurs dépendances.
G. A une maladie des os ou des articulations.
H. A une inflammation idiopathique du tissu cellulaire.
I. Aux lésions accidentelles ou chirurgicales.

Notre division exclut les abcès ossifluans, bien qu'ils s'accompagnent presque inévitablement de l'inflammation à un certain degré du tissu cellulaire sillonné par le pus (1); les

(1) Nous avons dans notre tableau deux catégories d'abcès liés à des maladies des os ou des articulations. Mais dans les cas de ces deux catégories, les abcès sont *circonvoisins* (nomenclature de M. Gerdy), c'est-à-dire développés dans le tissu cellulaire ambiant par suite de l'inflammation de ce tissu consécutive à la lésion osseuse ou articulaire, et non pas *ossifluans*, c'est-à-dire formés par le pus venu de l'os.

abcès du rein qui coulent dans le bassin, et dont un exemple remarquable fut consigné dans le *Journal de médecine* de 1783, par Trabuc (On ouvrit l'abcès, qui ne présentait aucun signe duquel on pût inférer son origine; la suppuration épuisa le malade; le rein était en suppuration et contenait seize graviers); enfin, les vomiques que l'on a vues se faire jour dans la fosse iliaque et s'ouvrir à l'aine. M. Nathalis Guillot nous a fait part d'un cas semblable qu'il a dans ses cartons.

ABCÈS PHLEGMONEUX INTRA-PELVIENS CHEZ LA FEMME.

Abcès phlegmoneux intra-pelviens, suite de couche.

Les abcès puerpéraux du bas-ventre sont les plus importans parmi les abcès dont nous allons faire l'histoire. Nous devons les étudier séparément dans les parties molles et dans les parties dures.

A. Abcès phlegmoneux intra-pelviens, suite de couche, dans les parties molles.

CHAPITRE Ier. *Considérations historiques.*

L'*historique* des abcès intra-pelviens, suite de couche n'a été tracé nulle part d'une manière satisfaisante. Assurément, dans les conditions de temps où nous nous trouvons, nous n'espérons pas être complet. Peut-on l'être jamais d'ailleurs, et l'esprit humain ne s'ignore-t-il pas d'un siècle à l'autre? Du moins, nous essaierons de faire plus que l'on n'a fait jusqu'à présent.

L'*historique* des abcès puerpéraux du bassin se divise en trois périodes:

Dans la première, on voit ces abcès, on les connaît extérieurement pour ainsi dire, on les traite; mais leur siége

précis n'est pas connu. Il était impossible que les anciens, avec leur peu de notions anatomiques, pussent arriver, sous ce rapport, à une spécification rigoureuse. La question s'éclaircit avec Mauriceau et de La Motte, qui forment une transition entre la première et la seconde période.

Dans celle-ci, le siége anatomique précis est connu : premier caractère; second caractère : on est sous l'influence de la doctrine des métastases laiteuses.

Dans la troisième on ne croit plus à la métastase.

Dans la première c'est le siége apparent des abcès qui leur donne leur nom : ce sont des *abcès de la matrice*. Dans la seconde, c'est la physiologie pathologique qui les dénomme : ce sont des *dépôts laiteux*. Dans la troisième ils portent un nom anatomique : on les appelle des *abcès intra-pelviens*. On peut voir dès à présent et par ces seuls mots, la marche des idées dans cette question. Il se produit une quatrième période, que nous préciserons en traitant de l'*Etiologie*.

I. Les deux traités hippocratiques *de la Nature de la femme*, et *des Maladies des femmes* sont extrêmement diffus. On y voit cependant divers passages qui se rapportent plus ou moins clairement à notre sujet. Dans le premier de ces traités, il est question plusieurs fois de la métrite, suite de couche. Dans le second se trouve un passage très remarquable que nous rappellerons dans la partie où nous traiterons des abcès intra-pelviens se rattachant à un trouble de la menstruation.

L'auteur hippocratique mentionne des *tumeurs* qui viennent *dans les couches ou à la suite des couches*. Il parle avec insistance de la suppression ou de la diminution des lochies, et l'on voit, à différens signes, bien relevés, mais non coordonnés, qu'il a observé la métro-péritonite. Il cite

les maux de cœur, la fièvre aiguë, la tension du ventre et la douleur vive que la malade y ressent. Dans un endroit il dit : « quand la fièvre diminue, l'accouchée a des frissons », ce qui fait penser à la formation de quelque suppuration dans les cas auxquels cette remarque se réfère.

Rien dans Celse. Galien parle des abcès de la matrice, et nul doute que nos abcès intra-pelviens n'y soient compris ou plutôt confondus.

Jacques Guillemeau (1) a écrit un chapitre sur l'*inflammation et ardeur de la matrice*, qui commence ainsi : « Il advient quelquefois, par un mauvais accouchement, que la matrice s'enflamme et s'orgueillit (comme disent les femmes), ce qui se fait, ou en toute sa substance, ou en son corps, ou en son col, *ou en quelque partie*. Telle inflammation, en quelque endroit de la matrice qu'elle soit, est sans matière (*phlogosis*) ou avec matière. » Voilà donc une inflammation de la matrice avec matière, suite d'un mauvais accouchement. C'est bien là notre sujet, d'autant plus que cette inflammation est dans la matrice, *ou en quelque partie*, c'est-à-dire, vraisemblablement, *ou dans le voisinage de la matrice*. Il nous semble opportun, et, dans tous les cas, il est intéressant de faire connaître les signes attribués à cette inflammation par cet auteur : « Si l'inflammation est universelle, comme il arrive le plus souvent (combien que l'une des parties puisse être plus enflammée que l'autre pour avoir été plus offensée), lors la malade sent et se plaint d'une chaleur et ardeur universellement ; si c'est en une partie, comme en la supérieure

(1) De la Grossesse et Accouchement des femmes, etc. Paris, M.DC.XLIII, p. 482 (la première édition fut publiée en 1609, sous ce titre : L'HEUREUX ACCOUCHEMENT).

et fond d'icelle, la chaleur se sent plus vers le nombril; si c'est à côté, l'un des flancs est plus chaleureux; si c'est vers la partie antérieure, il y a souvent suppression d'urine; et si c'est en la postérieure, les gros excrémens sont retenus ou se rendent difficilement et avec douleur; si c'est au col, on l'aperçoit facilement en mettant le doigt dedans, comme aussi son corps est du tout enflammé; car vous ressentez une extrême chaleur et ardeur, comme si vous aviez votre doigt dedans de l'eau chaude. » Mais voici quelque chose de bien autrement important, et à quoi certainement on ne se serait pas attendu : « La suppuration étant faite, si la tumeur où est contenue la boue est apparente, comme si elle est au col ou conduit de la matrice, dit *vagina*, elle sera ouverte avec un instrument commode, sans attendre une trop grande putréfaction, à laquelle, le lieu étant chaud et humide, est subjet. » Ainsi Guillemeau, le disciple de Paré, à près de deux cent cinquante ans de notre époque, érigeait en précepte l'ouverture des abcès intra-pelviens par le vagin, pratique regardée comme beaucoup plus moderne, et qui, en effet, semble appartenir à une chirurgie plus perfectionnée que ne l'était celle du commencement du XVIIe siècle.

Dans le chapitre des *ulcères de la matrice*, Guillemeau revient sur les abcès de cet organe, et l'on va voir dans quels termes remarquables : « Il faut ici prendre garde que l'abscez s'ouvre quelques fois par la partie intérieure de la matrice, et que lors la bouë se descharge par dedans sa capacité et col comme les purgations menstruelles; souvent aussi il se rompt par la partie extérieure de la dite matrice dans le corps, auprès des intestins et du péritoine; auquel cas, si la bouë vient à se ramasser parmy ces lieux, la section sera nécessaire pour donner ouverture à cette matière, ainsi qu'on




fait aux hydropiques. Il arrive aussi quelques fois qu'il se crève à la surface extérieure du col de la matrice, et ce, à l'endroit où il est adhérent à la vessie, et lors la boue treuve passage par icelle, et, en contr'eschange, l'urine se vuide par le col de la matrice, estant souvent supprimée par quelque matière espaisse qui estoupe le conduit, ou bien à l'endroit où il est attaché à l'intestin droit, et lors les clystères sortent par la nature de la femme, et les ablutions de la matrice par le siége. » Guillemeau connaissait donc, presque aussi complétement que nous les connaissons, les curieuses terminaisons des abcès intra-pelviens en ce qui touche leur ouverture spontanée.

Ces connaissances chez le disciple rendent plus sensible la lacune qui se fait remarquer dans les œuvres du maître. En effet, peu s'en faut que Paré ne se taise absolument sur ces inflammations suppuratives de la matrice, dans lesquelles il nous est facile de retrouver nos abcès intra-pelviens. Il ne fait que mentionner l'apostème de l'utérus : une première fois, dans l'énumération des maladies de cet organe ; une seconde fois, à l'article ulcères de la matrice, où il l'indique comme pouvant donner lieu à ces ulcères.

Mais si des notions exactes, si une thérapeutique rationnelle et hardie, dans des cas pathologiques dont l'élucidation a été si laborieuse, nous étonnent chez Guillemeau, combien plus sommes-nous surpris de devoir les rechercher plus avant encore dans l'histoire de l'esprit humain, et jusque vers le ve siècle.

C'est Jean Liébaut, dont le livre parut en 1582 (1), qui nous a fourni l'indication au moyen de laquelle nous avons pu re-

(1) Trois Livres appartenant aux infirmitez et maladies des femmes.

monter jusqu'à Paul d'Egine et Aetius, indication que nous aurions trouvée aussi dans l'ouvrage de Nicolas Roche (1), antérieur de trente-huit ans à celui de Liébaut, et dans lequel nous relevons cette phrase : « Aliquando vero tumor circa pubem apparet, et tanquam exundationis sensus, cum abscessus grandior fuerit. »

Nous venons de nommer Liébaut, dont nous citerons le passage suivant, qui en rappellera un autre de Guillemeau, avec une indication de plus : « La bouë contenue en l'abcez, ainsi que le mouvement de nature, se tourne plustost vers une part que vers l'autre, sort quelques fois par le fondement avec les egestions; quelques fois en pissant avec l'urine, aucune fois par le conduit de la nature, et quelques fois se jette entre le péritoine et les boyaux, tendant extérieurement vers la peau du ventre, *quelques fois par la hanche*, ainsi que j'ay observé, sera facile de cognoistre le lieu par lequel la bouë sortira. »

Mais il est temps de laisser parler Paul d'Égine :

Si abscessus circa uteri osculum consistat, qui chirurgiæ subjici possit, non prompte ad excisionem festinandum est, sed absoluta iam affectione, et plurimum aucta inflammatione et humidis corpusculis incombentibus attenuatis, eo quod principalis pars sit uterus. At vero in aggressione locetur fœmina supina in sella, ita ut crura ad summum ventrem contracta habeat, femora vero inter se disparata. Subiiciantur autem ulnæ ipsius ad poplites, et vinculis idoneis ad cervicem deligentur. Qui vero chirurgiam exercet, ex dextris partibus sedens, instrumento exploratorio dioptra appellato, pro ætate convenienti exploret, et per specillum

(1) De Morbis mulierum curandis liber, etc.

muliebris sinus profunditatem metiatur, ne si longior sit dioptræ fistula, uterum comprimi contingat. Et si longior sinu reperta fuerit dioptræ fistula, lintea complicata pudendi alis imponantur, quo super ipsa locetur dioptra. Oportet autem fistulam immittere, ut cochleam ad supernam partem habeat ; et dioptra quidem ab operante teneatur, cochlea vero per ministrum obtorqueatur, quò fistula laminis diductis sinus disparetur. Ubi vero occurrerit abscessus, si mollis ac tenuis sit (id quod digiti contactu cognosces), spathula, aut acicula in vertice dividatur, et post puris excretionem lemniscus mollissimus oleo rosaceo imbutus plagæ inseratur, aut potius extra plagam, in sinum muliebrem, citra protrusionem. Forinsecus autem ad alas, et in pectinem ac lumbos, lanæ succidæ aut puræ oleo imbutæ imponantur. Tertia die aquæ ac oleo calefactis insideat, aut maluæ decocto, factaque detersione lemiscus leniter in plagam indatur, illitus tetrapharmaco per se aut cum cocto melle. Sit autem dilutum tetrapharmacum ex butyro aut rosaceo : cataplasmatisque externæ partes integantur, donec inflammatio sedetur, et purum ulcus fiat. Si vero difficulter repurgetur, per auricularem clysterem cum iridis aut aristolochiæ decocto, aut melle eluatur, et per emplastrum ex cadmia vino dilutum, et linamentis exceptum, cicatrix inducatur : at si intra uteri osculum abscessus fuerit, chirurgia vitetur.

Le lecteur nous pardonnera cette longue citation en raison de son extrême importance. Il sera surpris, comme nous, de voir une telle chirurgie à une telle époque. Certes, on peut légitimement s'étonner de trouver si bien décrite, dans Paul d'Egine, une opération qui, comme nous l'avons dit, semble impliquer un état beaucoup plus avancé de la

science, et qu'un auteur distingué, M. H. Bourdon (1), fait remonter seulement à Callisen (2).

Après Guillemeau viennent Mauriceau et de La Motte. Avec Mauriceau commence l'ère des faits. Ces deux auteurs ont une même doctrine étiologique, qu'ils émettent incidemment. Mauriceau dit, dans une observation, que la tumeur procédait de la *partie la plus grossière des vuidanges qui n'avaient pas eu une suffisante évacuation*; et de La Motte attribue une tumeur semblable à ce que, par suite d'une vive émotion et d'un refroidissement, *les vaisseaux qui se dégorgent au dedans de la matrice ont éprouvé une apparente obstruction.*

Mauriceau parle le premier des abcès des ligamens de la matrice.

II. Nous pouvons rattacher à Puzos (3) cette seconde période de l'*historique* des abcès puerpéraux du bassin, période dans laquelle on les a considérés comme des produits de la *métastase laiteuse*.

« Les dépôts laiteux fixés dans la région inférieure du ventre, dit cet auteur, sont presque toujours situés depuis l'aine de l'un ou de l'autre côté jusqu'à l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles. Il y en a où l'humeur se dépose sous la peau et les graisses; d'autres entre les muscles et le péritoine. Les plus considérables se logent dans le tissu

(1) Des tumeurs fluctuantes du petit bassin et de leur ouverture pratiquée par le vagin; dans la Revue médicale, nos de juillet, août et septembre 1841.

(2) Le passage de P. d'Egine se retrouve dans Aétius, seulement plus bref. Aétius n'était lui-même qu'un compilateur. A qui donc faire remonter cette belle chirurgie?

(3) Mém. sur les dépôts laiteux.

celluleuse du péritoine, dans les ligamens larges ou dans les ovaires. »

Faisons abstraction de la donnée étiologique, et reconnaissons qu'il y a dans ce passage une vue anatomique assez complète des abcès intra-pelviens, suite de couche.

Puzos rapporte huit observations, cinq de résolution, trois de suppuration.

On trouve dans le *Journal de Médecine* de l'année 1755, une *lettre critique*, relative à un abcès, que l'auteur (anonyme) regarde comme ayant eu son siége *dans la gaîne celluleuse du psoas*. Ces mots sont remarquables par la précision du détail anatomique qu'ils expriment; nous les voyons pour la première fois. L'auteur rapporte une observation intéressante au même titre.

Huit ans plus tard, en 1763, le même recueil publiait une observation de Doulcet.

Le volume de l'année suivante renferme une autre observation qui ne tient pas ce que promet son titre : *Observation sur une fièvre de lait survenue à la suite d'un dépôt laiteux sur le bas-ventre, six semaines après la couche* (Planchon). Le mot dépôt ne signifie pas, pour l'auteur, *tumeur, abcès;* il est pris dans le sens de métastase laiteuse sur les organes du bas-ventre, en général. Nous voyons, d'ailleurs, se continuer dans Planchon la doctrine étiologique de Puzos.

Cette doctrine est consacrée aussi dans le passage suivant de Van-Swieten, dont l'ouvrage (1) fut traduit dans notre langue par Louis et Sue, en 1768 :

« Solet materia illa lactea colligi in tunica cellulosa, per quam peritoneum pelvi nectitur, vel inter musculum psoam

(1) Aphorism., t. IV.

et iliacam, circa ligamenta larga, et quandoque in pluribus locis simul. Dum hoc fit, obtusus dolor circa inguina, pondus in pelvi, et debilitas femorum percipiuntur, si decumbat in dorso femoribus extensis, plus molestia habet quam si eadem flexa fuerint. » En écrivant ces mots : materia lactea, le célèbre disciple de Boerhaave parlait pour lui et pour son maître.

Levret (1) traite *des engorgemens laiteux du bassin et des extrémités inférieures*. « Le siége de ces engorgemens, dit-il, est dans le tissu cellulaire qui attache le péritoine aux parois du bassin, ou dans le tissu qui est interposé entre les muscles psoas et iliaque, ou enfin dans la duplicature des ligamens larges, et quelquefois dans plusieurs de ces endroits en même temps. » Puzos avait compris dans ces engorgemens les dépôts de l'ovaire ; Levret les néglige.

Raulin (2) a écrit un article sur les *Dépôts laiteux aux aines et aux cuisses*, et un chapitre sur les *Dépôts laiteux du bas-ventre*, qu'il regarde comme pouvant se former dans la matrice, les ligamens larges, etc., et dans le mésentère. Sa symptomatologie des abcès du bas-ventre est un modèle de concision et de clarté. Mais il n'a point vu l'identité des abcès du bas-ventre et de ceux de l'aine, dans un grand nombre de cas : il n'a point vu, c'est-à-dire que l'abcès du bas-ventre devient souvent inguinal.

Déleurye (3) parle des dépôts laiteux qui se forment dans la duplicature des ligamens larges et de leurs ailerons. On voit qu'il les connaissait bien.

(1) L'art des accouchemens démontré par des principes de physique et de mécanique, etc.

(2) Traité des maladies des femmes en couches, etc.

(3) Traité des accouchemens en faveur des élèves.

On lit, dans le *Journal de médecine* de l'année 1779, une observation de Bajon, très intéressante, mais malheureusement obscure, de *dépôt laiteux à la matrice*. Nous sommes porté à supposer qu'il s'agit, dans cette observation, d'un abcès du bassin qui fut très lent à se former, et qui finit par s'ouvrir dans le vagin. Le plus remarquable de l'observation, c'est que l'existence de l'abcès n'empêcha pas la femme de devenir enceinte, et de mettre au monde un enfant bien portant. L'ouverture spontanée de la tumeur eût lieu pendant la gestation.

Delaroche (1) relate deux faits que nous rappellerons en traitant de l'*Étiologie*. Cet auteur, quoique nous le citions ici, ne doit pas être rangé parmi les partisans de la doctrine de la métastase, contre laquelle, au contraire, il s'élève.

Pujol, dans le *Journal de médecine* de l'année 1789, donna une observation de *fièvre puerpérale suivie d'un épanchement dans l'abdomen et d'un dépôt énorme*, observation que nous reproduirons en la résumant.

L'ouvrage de Doublet (2) contient un article intitulé *Dépôt laiteux à la région hypogastrique et dans la cavité abdominale, guéri par le secours de l'art*, dans lequel il résume plusieurs observations déjà connues, et relate d'autres faits qui lui sont propres. Doublet appartient tout entier à la doctrine de la métastase laiteuse.

Il en est de même d'Antoine Petit (3). Il y a trois sortes

(1) Recherches sur la nature et le traitement de la fièvre puerpérale, ou inflammation d'entrailles des femmes en couche.

(2) Nouvelles Recherches sur la fièvre puerpérale.

(3) Traité des maladies des femmes enceintes, des femmes en couche, et des enfans nouveau-nés, etc., rédigé sur les leçons d'Ant. Petit, par les citoyens Baignères et Perral.

des lochies : les sanguines, les puriformes et les laiteuses, dont la suppression amène des accidents respectifs. Les dépôts du bas-ventre sont le produit de la suppression des lochies laiteuses. A. Petit cite une observation curieuse, mais malheureusement très incomplète.

Vigarous (1) continue la tradition de la métastase laiteuse. Il donne un précepte utile relativement à la douleur plus vive que les femmes éprouvent lorsqu'elles ont les cuisses allongées : « Ce qui indique de placer un traversin ou un oreiller roulé sous les jarrets de la malade pour la soulager. »

Nous sommes arrivé au partisan le plus convaincu, le plus ardent, de la métastase laiteuse, Gastelier (2) : « Les métastases laiteuses sont incontestables ; je les ai vues comme je vois le soleil nous éclairer, et je ne doute pas plus de leur existence que de la clarté du jour en plein midi. » Voilà ses paroles. Il critique Johnson, Walter, Gardien, Laennec, Bichat (aux quels noms il faut ajouter celui de Cruikshank) (3), d'avoir rattaché les maladies des femmes en couche à l'inflammation du péritoine. Il se débat au milieu de tant de coups dirigés à-la-fois contre la doctrine qui lui est chère, et s'emporte contre Pélissot, qui a osé écrire cette phrase : « Il est encore des médecins et des chirurgiens qui, comme le vulgaire, croient aux laits répandus » ; contre Pélissot *qui ne croit pas aux laits répandus, aux apoplexies, aux péripneumonies laiteuses, pas même aux dépôts laiteux*, dépôts sur lesquels, soit dit en passant, Gastelier aurait pu être plus explicite.

III. Efforts inutiles ! l'heure du solidisme était arrivée.

(1) Cours élémentaire de maladies des femmes.
(2) Des maladies aiguës des femmes en couche.
(3) Anat. des vaiss. lymph.

Déjà Gardien (1), décrivant la péritonite puerpérale, y avait fait rentrer les anciens dépôts laiteux du bas-ventre, en quoi nous le voyons imité par J.-P. Frank, dont le fils se moque agréablement de la métastase, que Walter, de son côté, appelle un *badinage français*.

Petit (2), dans un article judicieux, ferme et mesuré, attaque la doctrine défendue par Gastelier. Nous rappellerons cet article quand nous traiterons de la *cause prédisposante physiologique*.

Dance et M. Husson, dans leur *Mémoire sur quelques engorgemens inflammatoires qui se développent dans la fosse iliaque droite* (3), rapportent trois observations qui appartiennent à l'histoire des abcès intra-pelviens chez les femmes en couche.

L'année même de la publication du mémoire dont il vient d'être question, M. Mélier (4) faisait connaître une observation intéressante.

Nauche (5), madame Boivin (6), Baudelocque (7), Monteggia (8), nous offrent des observations et des remarques dont nous tirerons parti.

Boyer est très court sur les abcès intra-pelviens des femmes en couche; nous devrons cependant lui emprunter un fait intéressant.

Citons encore la *clinique* de M. Andral, dont le chapitre

(1) Traité d'accouchemens.
(2) Dictionnaire des sciences médicales, art. Dépôts.
(3) Répertoire de M. Breschet, 1827.
(4) Journal général de médecine.
(5) Des maladies propres aux femmes.
(6) Recherches sur une des causes de l'avortement.
(7) Traité de la péritonite puerpérale.
(8) Istituzioni chirurgiche.

sur *l'inflammation partielle du péritoine de l'excavation du bassin*, nous fournira d'utiles documens.

Nous n'avons mentionné ni la thèse de M. Ponceau(1), ni le mémoire de M. Ménière (2), parce que les observations qui y sont relatées n'ont pas rapport à l'état puerpéral.

Il en est autrement d'un mémoire publié en 1829 par M. Téallier (3), dans lequel se trouvent deux observations qui appartiennent à notre sujet.

L'année 1830 nous fournit un mémoire de M. Paillard (*des Abcès développés dans la fosse iliaque à la suite des couches*, etc.) (4), dans lequel est étudiée la question de l'ouverture spontanée des abcès dans les organes creux.

En 1835 parut l'ouvrage de M. Martin le jeune (5), où se trouve, sous ce titre : *des Dépôts des annexes de la matrice, qui surviennent à la suite des couches*, un article étendu, renfermant un grand nombre de faits.

En 1837, M. Lebatard (6) et M. Piotay (7) présentent chacun à la Faculté de médecine de Paris une thèse sur le point de pathologie qui nous occupe.

Un cas très remarquable de M. Camus, fut publié en

(1) Observations et réflexions sur quelques points de médecine ; thèses de Paris, 1827, n° 104.

(2) Archives générales de médecine (juin et août 1828).

(3) Journal général de médecine, juillet 1829.

(4) Journal hebd.

(5) Mémoires de médecine et de chirurgie pratiques, sur plusieurs maladies et accidens graves qui peuvent compliquer la grossesse, la parturition et la couche.

(6) Des tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque interne ; thèse de Paris, 1837, n° 397.

(7) Essai sur les tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque développées dans les annexes de l'utérus ; thèse de Paris 1837, n° 462.

1838 (1). L'abcès avait eu lieu par suite de tentatives d'avortement.

En 1839, M. Fichot (2) soumet à la Faculté une dissertation sur notre sujet.

Les thèses, comme on voit, se succèdent rapidement dans l'Ecole de Paris. L'intérêt des élèves est excité par la parole des maîtres. « J'ai entendu, dit M. Fichot, MM. les professeurs Chomel et Dubois en faire le sujet de leurs savantes cliniques. »

C'est aussi en 1839 que parut le mémoire de M. Grisolle (3), dans lequel beaucoup de faits et de remarques sont relatifs aux abcès puerpéraux du bassin.

La publication des leçons de Dupuytren eut lieu dans la même année. On y voit un article sur les abcès de la fosse iliaque droite (4), où est reproduite une observation déjà imprimée dans le mémoire de MM. Husson et Dance.

Nous arrivons à M. Cherest (5), auquel il faut pardonner une erreur en raison de ses efforts pour doter la science d'un travail utile. Voici son erreur suffisamment rectifiée par tout ce qui précède; c'est par elle qu'il entre en matière: « La maladie qui fait l'objet de cette dissertation n'a encore été étudiée, ni décrite spécialement par personne...; etc. »

En 1841, on publia les leçons de M. Velpeau, où se trouve

(1) Revue médicale, 1838, t. III.

(2) Thèse pour le doctorat en médecine. Paris, 1839, n° 379.

(3) Archives générales de médecine, numéros de janvier et de février 1839.

(4) Leçons orales de Dupuytren, recueillies par MM. Brierre de Boismont et Marx, t. III.

(5) Thèse pour le doctorat en médecine. Paris, 1841, n° 172.

un article sur les abcès de la fosse iliaque, considérés chez l'homme et chez la femme (1).

En 1842, paraît le mémoire déjà cité de M. Bourdon.

Citons, en terminant cet *historique*, un mémoire récent de M. Lever (2), et un également récent de M. Meissner (3). Nous regrettons de n'avoir pu nous procurer différens ouvrages et mémoires étrangers.

CHAPITRE II. — *Faits.*

Nous diviserons ce chapitre en deux articles : l'un consacré aux faits déjà publiés, l'autre aux faits nouveaux. Nous n'avons pas, bien entendu, la prétention de connaître tous les faits publiés, et nous ne pouvons donner place à tous ceux que nous connaissons.

ARTICLE 1er. — Faits publiés.

1re OBS. — *De deux femmes accouchées depuis deux mois, qui avaient une fâcheuse tumeur au côté du bas-ventre* (4).

Le 28 mars 1682, je vis une femme accouchée depuis deux mois, à laquelle il était survenu quelques jours auparavant une tumeur au côté du bas-ventre, tirant vers l'aine droite, laquelle y procédait de la partie la plus grossière de ses vuidanges, qui n'ayant pas eu une suffisante évacuation, était restée embarrassée dans toutes les parties latérales de la matrice, et de ses ligamens de ce

(1) Leçons orales de clinique chirurgicale, recueillies par MM. Pavillon et Janselme, t. III.

(2) Guy's hospital reports ; april 1844.

(3) Annales de la Société de médecine de Gand. — Gazette des hôpitaux, du 8 juin 1844.

(4) Mauriceau.

même côté, qui se tuméfia beaucoup, causant d'extrêmes douleurs à la malade, accompagnées de fièvre et de fréquentes faiblesses; et étant venu enfin à abcéder, obligea d'y faire ouverture, pour donner issue à trois palettes de matière qui y était contenue, semblable à une espèce de lie de vin rouge et de vin blanc qui aurait été mêlée; après quoi toute cette grosse tumeur ayant suppuré durant cinq semaines, cette femme se porta mieux de jour en jour, et guérit heureusement de cette fâcheuse maladie, qui l'avait mise en extrême danger de la vie.

On se demande s'il ne s'agit pas, dans cette observation, d'un abcès sanguin, c'est-à-dire d'un abcès consécutif à un trombus vaginal s'élevant dans le bassin, comme l'a vu M. Depaul, dans un cas qu'il a bien voulu nous communiquer. On avait essayé, pour la malade de Mauriceau, des purgatifs, « qui, dit-il, au lieu de produire l'effet que les médecins en espéraient vainement, n'avaient servi qu'à irriter d'autant plus le mal, en augmentant la fluxion... » Cette remarque est à noter.

2[e] Obs. — *Accouchement; refroidissement; abcès dans l'aine; ouverture artificielle; guérison* (1).

Le 8 janvier 1698, je fus prié d'aller voir la femme d'un maréchal, demeurant à Montebourg, laquelle était nouvellement accouchée, et qui s'était relevée huit jours ensuite, et lorsque ses vuidanges coulaient encore en quantité et rouges. Comme la saison était extrêmement froide, elle s'exposa mal-à-propos au grand air pour aller à l'église, où elle fut subitement atteinte d'un frisson, auquel succéda une fièvre des plus fortes, et il s'ensuivit une totale suppression de ses vuidanges, et une douleur à l'aine du côté gauche, où il parut, deux jours ensuite, une tumeur avec rougeur, chaleur, tension et pulsation.

Ayant trouvé les choses en cet état, mon premier soin fut de divertir la fluxion, et de diminuer la fièvre par le moyen de la

(1) De La Motte. Accouchemens.

saignée du bras, des lavemens et du régime, et ensuite d'apaiser la douleur, qui était devenue excessive, avec les cataplasmes anodins faits avec de la mie de pain blanc, le lait doux, les jaunes d'œuf, le safran et l'huile de camomille, auxquels je fis succéder les émolliens et maturatifs faits avec la pulpe de mauve, guimauve, semence de lin, farine de seigle, fleurs de camomille et de mélilot, onguent d'Althæa, huile de lis et de camomille; mais voyant que les accidens augmentaient, et qu'il n'y avait plus que la suppuration à espérer, je lui fis user de cataplasmes faits avec le vieux levain, l'oignon rouge cuit sous la braise, la fiente de pigeon, l'onguent d'Althæa, et le suppuratif : cette malade ressentit de si bons effets de l'usage de ces remèdes, que la matière fut formée en huit jours, et évacuée par l'ouverture que j'en fis avec la lancette, en sorte que cet abcès fut incarné et cicatrisé en moins de quinze jours, qui fut trois semaines après y avoir été appelé.

De La Motte ne dit pas dans quel point il fit l'ouverture, mais on voit qu'elle dut être pratiquée dans l'aine. Notons la cause occasionnelle: froid prolongé; suppression des lochies.

3ᵉ Obs. — *Refroidissement pendant le travail; abcès dans l'aine; ouverture artificielle; guérison* (1).

Au mois de septembre dernier, une dame, qui demeurait à quatre lieues de cette ville, qui était accouchée à la mi-août sans avoir de feu dans sa chambre, à cause de la chaleur qu'il faisait alors, souffrit plusieurs frissons pendant son travail, qui ne dura pas plus de trois heures, comme il est assez ordinaire, étant souvent le prélude d'une douleur prochaine qui échauffe bien des femmes. Mais celle-ci n'ayant pas ressenti le même effet, accoucha dans un fort grand froid; et l'on eut ensuite beaucoup de peine à l'échauffer. Elle sentit, dès qu'elle fut couchée, une douleur à l'aine droite, qui se termina par une tumeur, laquelle persévéra pendant tout le temps de ses couches; mais les douleurs augmentaient après qu'elle fut relevée. A l'occasion de ces accidens elle vint en cette ville, où elle appela deux médecins, deux chirurgiens, et moi. La matière fut formée en huit jours, et il sor-

(1) De La Motte. *Ibid.*

tit de cet abcès, que j'ouvris ensuite, environ deux palettes de pus; et l'ulcère ayant été cicatrisé et guéri en dix jours, la dame se porta très bien.

Cette cicatrisation rapide de l'ouverture de l'abcès est bien faite pour étonner. Ce n'est pas à la suite de l'accouchement, c'est pendant le travail même que le froid saisit la malade. Toutefois l'étiologie n'est pas claire.

4[e] Obs. — *Travail long et fâcheux; abcès hypogastrique; ouverture artificielle; guérison* (1).

La femme d'un pauvre homme de journée de la paroisse de Négreville, après avoir eu un accouchement long et fâcheux, sentit des douleurs extrêmes en la région hypogastrique, qui furent suivies d'une dureté et tension qui se communiquèrent en assez peu de temps à toute la capacité du ventre, avec des envies continuelles d'uriner, une grande oppression, et des vomissemens très fréquens; en sorte que la voyant en grand danger de sa vie, l'on me vint prier charitablement de l'aller voir. Je commençai par lui faire une saignée du bras, et lui fis aussitôt des fomentations avec une décoction émolliente; je lui fis donner des lavemens de la même décoction, qui fut ce que je pus faire sur les lieux; et l'effet de ce remède fut si heureux que les vuidanges, qui étaient supprimées, reprirent leur cours, et que la tension qui occupait tout le bas-ventre, se fixa en la seule région hypogastrique qui resta dure, tendue et douloureuse, même avec quelque rougeur; ce qui me fit changer les serviettes en sachets. Mais, voyant qu'à ces accidens il se joignait un battement et des élancemens, je ne doutai plus que cette partie ne s'abscédât. Je fis succéder à ces fomentations et sachets des emplâtres de mucilage et de mélilot, qui firent élever la partie, et paraître une espèce d'inondation; ce qui fit que je me servis de l'emplâtre diachylum magnum, avec un plumaceau couvert de suppuratif, qui acheva en peu de jours de former le pus, et le mit en état d'être évacué : ce que j'exécutai par l'ouverture que je fis avec la lancette en la partie la plus déclive de la tumeur qui était vers l'aine du côté

(1) De La Motte. *Ibid.*

gauche. Il en sortit du pus en quantité, dont la malade se sentit fort soulagée.

Je la pansai avec une tente de charpie sèche de même que le plumaceau, avec l'emplâtre de diachylum par-dessus, de la grandeur de la tumeur; et le lendemain je couvris la tente et le plumaceau de suppuratifs, et en laissai à la malade pour se panser. Elle vint ensuite trois ou quatre fois chez moi en huit ou dix jours, dans lesquels je ne changeai rien aux pansemens, voyant que la malade était bien mieux; après quoi elle fut parfaitement guérie.

Ici la cause occasionnelle de l'abcès semble se trouver dans la lenteur et la difficulté du travail. Il y eut des vomissemens. Nous avons laissé subsister dans l'observation ce qui a rapport aux maturatifs et au mode de pansement. De nos jours on a peut-être trop simplifié la thérapeutique locale des abcès.

5ᵉ Obs. — *Accouchement difficile; émotion violente; frissons; vaste collection purulente dans l'abdomen; ouverture spontanée; guérison* (1).

La femme de Préval, du Teil, étant accouchée d'un enfant à dix heures du matin, et la main d'un second enfant s'étant présentée, la sage-femme espéra inutilement, jusqu'à sept heures du soir, de terminer cet accouchement: elle fut obligée de réclamer mon secours, et de m'envoyer chercher. Aussitôt que je fus arrivé, je mis cette femme en situation sur le travers de son lit; j'allai chercher les pieds de ce second enfant, les empoignai, les attirai au passage, et je finis cet accouchement en un moment; après quoi j'ordonnai les choses nécessaires, et laissai cette accouchée aux soins de la sage-femme, et m'en retournai. Elle se porta fort bien jusqu'au cinquième jour, qu'elle vit son mari entrer brusquement dans sa maison, dont il ferma et barra la porte à plusieurs hommes qui le poursuivaient, et qui la voulaient casser, frappant contre cette porte avec violence.

(1) De La Motte. Chirurgie.

Cette femme, sans songer à l'état où elle était, se leva très alarmée pour aller secourir son mari en cas de besoin. La peur que cette pauvre femme eut lui causa un tel dérangement, qu'elle fut saisie d'un frisson, qui se termina par une grosse fièvre, suivie d'une suppression totale de ses vuidanges, avec tension par tout le ventre, et des douleurs beaucoup plus violentes que celles qu'elle avait souffertes dans son travail. Je la saignai plusieurs fois du bras: la violence des douleurs diminua un peu; mais elles persévérèrent néanmoins pendant plus de quarante jours, que son ventre lui revint plus gros qu'il n'était avant son accouchement (Foment. et lav. émoll.).

L'on me vint chercher en grande diligence un après-midi, ne croyant pas que je pusse trouver cette pauvre femme en vie, de la terrible manière que les douleurs avaient commencé à se faire sentir. Je fus surpris, en arrivant, de trouver un sceau de pus, qu'elle avait vuidé par une ouverture qui s'était faite dans ces cruels efforts, à quatre doigts au-dessous et à côté du nombril, par laquelle était sortie et sortait encore cette effroyable quantité de matière. Après que j'eus vu qu'il n'en sortait plus, même en pressant le ventre, je la pansai avec une tente à tête attachée à un fil, couverte de suppuratifs, un plumaceau couvert du même onguent, et un emplâtre de diachylum par-dessus. Elle guérit parfaitement, et en peu de temps, et a eu plusieurs enfans depuis.

Travail difficile; émotion violente, pendant laquelle l'accouchée sort de son lit : voilà pour l'étiologie. Le volume du ventre, la quantité du pus sont des circonstances très notables. Etait-ce un abcès ou un épanchement?

6e Obs. — *Dépôt dans l'aine suite de couches; traitement par les saignées répétées; résolution de la tumeur* (1).

Une dame extrêmement délicate, après être accouchée fort heureusement, fut attaquée, vers le dixième jour de sa couche, d'une fièvre médiocre. Comme les suites de couche allaient très bien, je ne pensai qu'à gagner du temps dans l'usage des remèdes ordinaires, et ne me déterminai à chercher les causes de sa

(1) Puzos. Loc. cit.

maladie que lorsque les douleurs du ventre, réunies dans un lieu fixe, m'y contraignirent. Je ne sentis alors qu'un engorgement dans l'un des côtés du ventre; mais j'augmentais la douleur en pressant l'endroit malade. Je fis tout mon possible pour détruire le commencement de cette maladie par plusieurs saignées du bras, qui, à la vérité, ne furent pas faites assez près les unes des autres; aussi le dépôt augmenta-t-il malgré mes soins: il forma une tumeur si considérable dans l'espace de huit ou dix jours, qu'elle surpassait le volume de la tête d'un enfant. J'employai les remèdes dont j'ai parlé dans l'observation précédente, mais d'abord avec si peu de succès, que je demandai une consultation. MM. Malaval et Ledran furent appelés. Après l'examen de la tumeur, qui s'étendait depuis l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles jusqu'à l'ombilic, ils crurent, ainsi que moi, qu'elle viendrait à suppuration. Cependant ils furent d'avis de continuer l'usage des résolutifs. On saigna de nouveau la malade : elle fut purgée de jour à autre, et la diète fut extrêmement sévère. Enfin, au bout d'un mois la tumeur diminua, et après un temps égal, elle se trouva détruite entièrement.

Puzos, par cette observation, et quatre faits analogues, cherche à prouver qu'il ne faut pas désespérer de résoudre les dépôts du bas-ventre chez les nouvelles accouchées, alors même que l'on a beaucoup attendu, et que ce retard n'est pas une raison pour renoncer à une thérapeutique active. Puzos dit que *les saignées ne furent pas faites assez près les unes des autres*. Cette remarque n'aura pas échappé au lecteur.

7e Obs. — *Dépôt suite de couches; ouverture artificielle; guérison* (1).

Une dame, après un accouchement ordinaire, eut des suites de couches telles qu'on pouvait les souhaiter, jusqu'au huitième ou dixième jour. Elle sentit alors des douleurs dans le ventre, dans l'aine et dans la cuisse, qui l'inquiétèrent : aucune enflure ne se

(1) Puzos.

laissait apercevoir ; ainsi on borna les secours à l'huile d'amandes douces, aux lavemens, et à des topiques de différentes espèces ; on saigna cependant la malade deux fois, mais à des distances éloignées. Cinq ou six semaines se passèrent sans obtenir aucune diminution dans les accidens ; au contraire, la fièvre survint, la cuisse et la jambe refusèrent le service, et la douleur de l'aine augmenta. Je fus mandé ; je reconnus une dureté au-dessus du pli de l'aine qui n'était pas circonscrite ; elle ne produisait ni élévation ni rougeur à la peau, mais elle avait tous les signes d'un dépôt laiteux. La malade fut saignée plusieurs fois, et coup sur coup ; on la mit à l'usage des apozèmes animés avec l'*arcanum*, et des cataplasmes émolliens.

Mais tous ces moyens ne purent empêcher la suppuration. M. Boudou fit l'ouverture de ce dépôt, dont le foyer était dans l'hypogastre, et il renfermait une si grande quantité de matières, qu'il nous parut surprenant qu'elle ne se fût pas plutôt fait jour dans l'intérieur du ventre, que de se manifester au-dehors sans rompre ses enveloppes. Cette dame a été guérie radicalement, et a fait depuis d'autres enfans.

Pas de causes apparentes : impotence du membre correspondant à la tumeur ; ouverture de l'abcès par le bistouri ; guérison ; grossesses ultérieures ; tels sont les traits qui méritent d'être relevés dans cette observation.

8e Obs. — *Abcès suite de couches ; ouverture artificielle ; guérison* (1).

La femme d'un receveur-général des finances eut, après un accouchement heureux, des douleurs dans le ventre avec un dévoiement fort importun. On travailla sans succès à l'en guérir. Quelque temps après la fièvre survint. Les tranchées, répandues d'abord dans tout le ventre, se cantonnèrent au-dessus de l'aine du côté droit. On avait employé les cataplasmes, les fomentations ; la malade avait été purgée plusieurs fois à cause de son dévoiement, et elle était au quinquina, parce que la fièvre était intermittente. Mais la cuisse s'étant raccourcie par l'augmentation du dépôt, je fus mandé six semaines ou environ après la première

(1) Puzos.

impression du dépôt. Il faut convenir que les tranchées dont le dévoiement était accompagné, avaient tellement fixé l'attention de ce côté-là, qu'elles n'avaient pas permis de penser à une autre cause. On fit plusieurs saignées du bras à la malade; on la purgea de nouveau; mais le temps de la résolution avait été manqué dans le commencement.

On fit donc l'ouverture du dépôt, et la malade guérit après trois mois de maladie.

Il y eut du dévoiement. Faut-il en accuser l'irritation communiquée à l'intestin par l'inflammation du voisinage? Cette fièvre intermittente, pour laquelle on donna du quinquina, était une fièvre de suppuration. Notons le *raccourcissement*, c'est-à-dire la flexion de la cuisse. La maladie fut méconnue d'abord; pourtant les tranchées s'étaient localisées, et appelaient l'attention sur l'aine droite. De tels faits importent au diagnostic. Pas de cause occasionnelle connue. Dans ces cas de cause occasionnelle inappréciable, on voudrait des détails sur les antécédens.

9[e] Obs. — *Fistule hypogastrique suite d'un abcès intra-pelvien puerpéral* (1).

Une dame de province, venue à Paris pour consulter, nous assembla MM. Petit, Boudou et moi. Nous lui trouvâmes un trou fistuleux au-dessus du pubis, un peu latéralement. La sonde entrait si avant, qu'elle paraissait se perdre dans l'hypogastre. Cette fistule était la suite d'un abcès laiteux ouvert depuis plus d'un an, et qu'on n'avait jamais pu cicatriser, quoiqu'on y eût travaillé à différentes reprises. Notre avis fut d'entretenir l'ouverture et l'issue des matières avec une canule, et d'attendre du temps seul la guérison.

On verra plus loin quelle fut la thérapeutique de Boyer dans un cas semblable.

(1) Puzos.

10[e] Obs. *Abcès iliaque ouvert artificiellement; guérison* (1).

Une personne qui m'appartient de très près, eut, il y a environ dix ans, en suite d'une couche, de cruelles douleurs dans la région des reins ou des lombes du côté gauche, qui se continuaient jusqu'à la partie antérieure supérieure de la cuisse, et qui augmentait beaucoup par les mouvemens de la cuisse du même côté. Ces douleurs durèrent dans le même état environ trois mois, au bout duquel temps on s'aperçut d'une tumeur à l'aine du côté malade, dont le volume devint considérable en peu de temps. On l'ouvrit, et il en sortit une grande quantité de matière qui venait visiblement de dessous l'arcade crurale, non du petit bassin, mais de bien plus haut, puisque la matière coulait abondamment lorsque la malade était ou debout ou sur son séant. La personne a parfaitement guéri de cette maladie, et a eu depuis deux enfans sans aucun accident.

Historiquement, cette observation a une certaine valeur; elle prouve qu'en 1755, on avait déjà une idée assez nette de la marche que suit le pus dans les abcès iliaques. Notons que la personne dont il est question eut deux couches heureuses après son accident.

11[e] Obs. — *Fièvre puerpérale occasionnée par l'extraction de l'arrière-faix, et suivie d'une suppuration mortelle de l'ovaire* (Observ. du docteur Vieusseux) (2).

Une dame, âgée de vingt ans, accoucha de son premier enfant le 7 janvier 1780. L'accouchement fut difficile et laborieux, et peu de temps après la sortie de l'enfant, l'accoucheur fit l'extraction de l'arrière-faix, et le tira par morceaux. L'accouchée souffrit beaucoup et se plaignit constamment les jours suivans d'une douleur dans le côté droit et inférieur du ventre, à l'endroit où elle disait avoir senti la main du chirurgien.

Ensuite elle se plaignit d'un point de côté accompagné de

(1) Journal de méd. (1755).

(2) Delaroche. Loc. cit.

toux et de fièvre. Elle fut alors saignée, ce qui diminua la fièvre et dissipa la douleur de côté.

Le 12 janvier, la fièvre augmenta beaucoup; la douleur, qui n'avait jamais cessé dans l'endroit marqué, devint générale dans tout le ventre.

Je vis la malade pour la première fois dans la nuit du 12 au 13. Le pouls plein, fort et dur, battait au-delà de cent trente fois par minute. J'ordonnai une saignée sur le moment: il était trois heures du matin. On en fit deux autres dans le jour. La saignée fut répétée les deux ou trois jours suivans, en sorte qu'en comptant une saignée faite pendant le travail d'enfant, elle fut saignée abondamment sept ou huit fois, en un mot, autant qu'elle put le supporter, sans que la fièvre diminuât beaucoup. Mais, la grande diminution de la partie rouge dans le sang tiré, la faiblesse de la malade, et des mouvemens spasmodiques assez alarmans, empêchèrent de saigner davantage. La douleur générale et la tension du ventre cessèrent, mais l'endroit affecté dès le commencement continua à être douloureux au toucher, et l'on y sentait toujours une dureté. Enfin, au moyen d'un usage suivi du nitre, du camphre, des laxatifs, du quinquina, etc., la fièvre diminua, et la malade était assez bien; elle reprit même des forces et de l'appétit; mais la fièvre ne cessa point, et le pouls, quoique peu élevé, n'était jamais au-dessous de cent vingt; le plus souvent il était à cent trente et au-delà. Les lochies avaient eu leur cours ordinaire. Peu-à-peu la dureté et la douleur s'accrurent, et l'on sentit manifestement au côté droit inférieur du ventre une tumeur semblable à la tête d'un enfant; la fièvre augmenta constamment; les sueurs, les angoisses, les douleurs, l'insomnie, affaiblirent et épuisèrent la malade. En vain l'on employa un grand nombre de remèdes, tant intérieurement qu'extérieurement; il survint, les derniers jours, des symptômes de tétanos de la mâchoire, et elle mourut neuf semaines après l'accouchement.

A l'ouverture du cadavre on trouva la matrice parfaitement saine, et réduite à son volume ordinaire; mais il y avait à la partie droite inférieure du bas-ventre une tumeur de forme irrégulièrement sphérique, remplissant presque tout l'espace entre les os des îles et le pubis. Cette tumeur était composée des membranes de l'omentum et du péritoine, et de différentes par-

ties des intestins qui paraissaient avoir été attirées comme par force dans cet endroit, de sorte que la partie du colon qui aurait dû être située sous le ventricule, formant un angle extrêmement aigu, était descendue jusqu'à la tumeur, et y avait contracté une adhérence. Toutes ces parties étaient tellement collées les unes aux autres, qu'on ne pouvait les séparer qu'en les déchirant. Les différentes cellules qui formaient la tumeur étaient pleines de pus contenu dans des membranes durcies et épaissies, mais qui avaient souffert en quelques endroits une corrosion telle, qu'en peu de temps les muscles du bas-ventre ou les intestins auraient été percés. Ces cellules ne communiquaient pas entre elles. Au milieu de la tumeur on remarquait une tumeur particulière, de la grosseur d'un œuf de pigeon, formée par l'ovaire, considérablement durci et augmenté dans son volume, contenant aussi du pus. Le reste du corps était sain.

Exemple d'abcès intra-péritonéal et d'ovarite terminée par suppuration. Notons : 1° la cause, qui consista dans la difficulté de l'accouchement, et les tractions effectuées par l'accoucheur sur le placenta ; 2° l'accident qui termina la série des symptômes, le tétanos. Il n'est pas besoin d'insister, pensons-nous, sur la première de ces circonstances. Le rapport de causalité est parfaitement établi ; rien de plus clair. Le traitement fut habile, malheureusement tardif ; Delaroche le dit lui-même dans la courte relation d'un fait semblable, quant à la cause, mais qui eut une meilleure issue, parce qu'on put « commencer à saigner plus tôt, et assez pour que la fièvre diminuât beaucoup. »

12e OBS. — *Fièvre puerpérale, suivie d'un épanchement dans l'abdomen, et d'un dépôt énorme* (1).

Madame la vicomtesse de R***, grande et bien portante, devint grosse pour la première fois à l'âge de 24 ans. Accouchement le

(1) Pujol. *Journ. de méd.* 1789.

4 avril 1785, trois semaines après le terme attendu. Le travail dura 5 jours, ce qui fut attribué à un œdème rénitent du vagin et des grandes lèvres. L'enfant sortit néanmoins en très bon état; délivrance normale; lochies peu abondantes; tranquillité et sommeil paisible pendant 15 heures; mais on la gorgea d'un bouillon succulent, et on lui fit un tableau effrayant des dangers qu'elle avait courus. Bientôt après, tranchées utérines; douleur excessive à l'hypogastre (Fomentations et lavemens émolliens; boissons adoucissantes; potions miellenses; diète).

Six heures après le début des tranchées, fièvre intense. Ces accidens durèrent six heures avec autant de violence. Le gonflement de l'hypogastre s'accrut pendant la nuit; il s'étendait de proche en proche sur le reste du bas-ventre. Une saignée copieuse fut suivie d'une diminution sensible de tous les accidens.

Quoique l'abdomen perdît tous les jours de sa chaleur et de sa sensibilité, il resta aussi gonflé et aussi tendu que dans le fort de l'inflammation. Selles libres; urines claires et faciles. Redoublement tous les soirs.

La malade avait maigri, une fièvre hectique minait ses forces; dégoût général; vomissemens glaireux; angoisses inexprimables.

Au treizième jour, à l'examen du ventre, on trouva les signes d'une fluctuation générale, comme dans l'ascite. Les diurétiques et lénitifs furent employés en vain. Ponction avec le trois-quarts au lieu d'élection. Il sortit par la canule six livres de liquide épais, visqueux et fétide. Un fluide gazeux, qui pouvait égaler le volume du liquide, sortit pêle-mêle avec lui en grosses bulles. Pendant l'opération, des grumeaux caséeux obstruaient souvent la canule; il fallait alors les repousser dans l'intérieur avec une sonde boutonnée. Le bas-ventre, quoique devenu souple, conservait un volume au-dessus du naturel; on pouvait le comprimer sans causer de douleur. Après la paracenthèse, cessation des symptômes, calme pendant quatre jours. Le bas-ventre recommence à devenir douloureux et à se gonfler. Douleur fixe au nombril qui s'accrut peu-à-peu. Vésicatoire sur le haut de la cuisse qui amena une fièvre vive. Bas-ventre plus tendu, plus douloureux, plus volumineux; cardialgie; vomissemens bilieux; élancemens continuels au nombril, avec rougeur et dureté; il s'y forma une petite tumeur isolée du volume d'un haricot.

Quatre jours après, les tégumens de l'abdomen qui n'étaient pas infiltrés s'épaissirent et s'empâtèrent, en commençant autour de la petite tumeur ombilicale. Malgré l'infiltration, on sentit une fluctuation plus sourde que celle du premier épanchement. On appliqua des topiques maturatifs, et on soutint les forces. Le huitième jour après la ponction, pouls d'une petitesse et d'une fréquence extrêmes; face hippocratique; frissons. Cet état dura quatre jours et quatre nuits, après lesquels le pouls devint moins fréquent, moins faible. Le tubercule ombilical atteignit le volume d'une noisette; on vit qu'il était plein de liquide, et on lui fit une petite ouverture avec la lancette. L'abcès fut ouvert avec peine et craquement, et il ne sortit qu'environ un verre de pus séro-laiteux; ce qui fit voir que la matière appartenait à une collection distincte du péritoine; la sonde ne pénétra pas dans le péritoine.

Au quatrième jour après l'incision du nombril, le péritoine s'ouvrit tout-à-coup; une matière épaisse, grisâtre, et chargée d'une grande quantité de flocons mollasses et graisseux, coula à flots pendant un quart d'heure; son odeur était fétide et cadavéreuse. L'écoulement recommença le lendemain; il sortit encore quelques livres d'un fluide bourbeux et putride. Ce grand dépôt abdominal se vida en cinq à six jours par des effusions partielles. Le bas-ventre s'affaissa, et il ne resta qu'une fistule au nombril, qui se ferma plusieurs fois et occasionna en divers temps des accidens fâcheux, avant la cicatrisation complète qui eut lieu au bout de six mois. Depuis ce temps, madame de R*** a joui d'une santé très passable, mais n'est plus devenue enceinte.

Observation de péritonite que nous avons voulu rapporter en raison de son importance, et aussi parce qu'elle nous fournit l'occasion de citer un fait analogue de la pratique de M. le professeur Dubois, qui nous a été communiqué par M. Depaul. Une femme, après avoir éprouvé des accidens violens de métro-péritonite suite de couches, était tombée dans un état d'affaiblissement extrême; on la croyait vouée à une mort inévitable et prochaine. M. P. Du-

bois, appelé en consultation, constata une extrême tension du ventre, plus une petite tumeur fluctuante à l'aine, qu'il se décida à ouvrir. Une énorme quantité de liquide se fit jour par l'incision. Le ventre s'affaissa. L'écoulement continua pendant plusieurs jours, et la malade revint graduellement à la santé. Ici encore, il y avait probablement un épanchement et non un abcès. Mais d'abord qu'est-ce qu'un épanchement, sinon un vaste abcès? Et ensuite de tels faits sont trop utiles à connaître, on est trop heureux d'avoir à les enregistrer, pour que l'on doive craindre de leur donner place, alors même qu'ils ne se rapportent pas précisément au sujet traité.

13[e] Obs. — *Vaste collection purulente suite de couches; paracenthèse, puis ouverture spontanée; guérison* (1).

Une femme heureusement accouchée, et qui allaitait son enfant, fut saisie, au huitième jour, d'une fièvre accompagnée de plusieurs autres accidens, tels que diarrhée laiteuse et vomissemens de matières vertes. Presque aussitôt les seins se flétrirent; le bas-ventre devint douloureux et se météorisa : les moyens employés n'eurent pas d'efficacité. Quatorze jours après l'invasion de la maladie, il y avait peu de fièvre, mais le bas-ventre était prodigieusement gonflé, surtout vers la région épigastrique, et la fluctuation était très sensible. M. Lepelletier, médecin de l'Ile-Jourdain, en Poitou, appelé auprès de la malade, propose de pratiquer une ouverture à cette tumeur, comme on le fait dans l'hydropisie. L'opération ayant été adoptée et exécutée, il sortit par la canule du trois-quarts une liqueur qui avait conservé toutes les qualités apparentes du lait, et qui était équivalente à plus de six pintes. Peu de jours après, les mamelles ayant commencé à se remplir, on conseilla à cette femme de nourrir, ou de prendre des remèdes propres à détourner l'humeur laiteuse. N'ayant voulu faire ni

(1) Doulcet. *Journ. de méd.*, t. LXIII.

l'un ni l'autre, elle essuya, huit jours après, une nouvelle fièvre, accompagnée de vomissement, et il lui survint en même temps une tumeur au nombril, qui s'abcéda d'elle-même, et d'où il sortit un pus laiteux. Ce dépôt n'ayant pas encore épuisé la matière laiteuse, la malade est restée pendant plusieurs mois dans un état de langueur, qui n'a été terminé que par l'éruption d'une infinité de boutons sur tout le corps, parmi lesquels plusieurs ont suppuré.

Il se fit une éruption. Laissons-nous ramener par les faits à la notion de ces phénomènes critiques dont les esprits sont en quelque sorte déshabitués, tant la médecine contemporaine a profondément subi l'influence du solidisme! Mais s'agissait-il, dans le cas qui vient d'être rapporté, d'un abcès, ou d'un épanchement? question nécessairement insoluble, qui s'est présentée à nous tout-à-l'heure et au sujet d'autres faits analogues, toujours utiles à connaître, ne fût-ce que comme élémens d'un problème à élucider. L'ouverture de l'abdomen ne s'étant pas maintenue, le pus nouvellement formé se fit jour à travers l'ombilic.

14ᵉ Obs. — *Dépôt au bas-ventre, suite de couches; traitement par les vomitifs; ouverture spontanée de l'abcès; guérison* (1).

Une jeune femme accoucha, après avoir, depuis dix ou douze jours, été en proie aux plus vives inquiétudes, et surtout après avoir éprouvé la plus grande frayeur le 14 juillet, en apprenant que son mari était dans les environs de la Bastille, au moment où l'on faisait le siége de cette forteresse. Les suites de la couche furent tout-à-fait irrégulières. Le lait ne monta point aux mamelles. Je fus appelé le sixième jour: fièvre vive; pouls plus serré et plus fréquent que fort; respiration fort gênée; visage rouge; ventre extrêmement gonflé; peau sèche; mamelles flasques; pas de repos depuis quelques jours. La tuméfaction de l'abdomen était plus remarquable à gauche qu'à droite, et l'on ne pouvait y porter la main sans faire éprou-

(1) Doublet. *Recherches sur la fièvre puerpérale.*

ver à la malade les plus grandes douleurs; bouche fétide; langue très chargée. Le premier vomitif n'ayant pas eu d'effet sensible, j'en prescrivis un nouveau en mêlant un grain de tartre stibié avec vingt grains d'ipécacuanha, dont l'effet fut très considérable. Les douleurs et les anxiétés de la malade en furent diminuées. J'observai qu'elle n'était jamais mieux que lorsqu'elle avait vomi, ou tout au moins fait des efforts pour vomir, ce que le kermès produisait, quand on en rapprochait les doses. Peu-à-peu la tuméfaction et la sensibilité du ventre diminuèrent. Dans le cours de la troisième semaine, elle entra en convalescence; mais le ventre était toujours plus élevé qu'il ne devait l'être à la région hypogastrique (Bouillon d'herbes; sel d'epsom). Bientôt l'élévation du ventre devint plus sensible entre l'ombilic et la crête de l'os des îles du côté droit. A cinq semaines, la tumeur était fort éminente; il y avait une fièvre d'irritation; la chaleur et la pulsation locale annoncèrent la maturité de l'abcès. On attendait le moment de l'ouvrir lorsqu'il perça spontanément: il en sortit une grande quantité de matière laiteuse et puriforme; l'ouverture fut trois semaines à se refermer. La fièvre ne tarda pas à disparaître; mais il survint des sueurs laiteuses qui durèrent pendant assez long-temps. Peu de temps après être guérie, cette femme est devenue grosse, et a fait une fausse couche au quatrième mois.

Emotion morale vive; inflammation qui semble se généraliser; traitement hyposthénisant. La malade n'est jamais mieux que lorsqu'elle vomit, ou a seulement des nausées; ce qui prouve que l'effet produit par le médicament est purement dynamique. Sous l'influence de ce traitement, la maladie se restreint et se localise; l'abcès s'ouvre de lui-même. Notons la fausse couche peu de temps après la guérison.

15ᵉ Obs. — *Dépôt, suite de couches; ouverture artificielle par la région lombaire; guérison* (1).

En 1781, une nourrice de l'hospice de Vaugirard, âgée de 18 à 19 ans, éprouva, le dixième jour de sa couche, une suppres-

(1) Doublet.

sion du lait, qui s'était porté jusqu'alors à ses mamelles, et fut saisie d'une fièvre puerpérale qui, n'ayant pu se guérir dans les premiers jours par résolution, fut terminée par une tumeur considérable, avec fluctuation dans la région iliaque droite. Au bout d'un mois, cette tumeur était à moitié dissipée; l'humeur laiteuse résorbée s'était portée à la peau, sous la forme d'une éruption miliaire; les urines étaient blanches, et annonçaient qu'une partie de cette humeur se détournaient par cette voie. Une nouvelle imprudence arrêta ce mouvement critique : la tumeur augmenta de nouveau; son volume étant devenu beaucoup plus considérable qu'auparavant, elle fut ouverte, trois mois après la couche, dans la région lombaire, ce qui donna issue à une quantité considérable de pus laiteux : cette opération sauva la vie à la malade, mais la guérison ne fut pas prompte. Un mois après l'opération, cette femme était encore, en apparence, au dernier degré de la fièvre lente et du marasme : peu-à-peu les forces se sont ranimées, le foyer s'est dégorgé, et la fièvre a diminué de jour en jour. Au bout de deux mois la malade se levait, mais la cuisse et la jambe du côté affecté étaient dans une sorte de paralysie qui s'est dissipée en peu de temps. Il est bon d'observer que les urines ont toujours été laiteuses, qu'elles le sont devenues davantage à l'époque où la maladie a pris une marche favorable, et qu'il s'y est joint plusieurs fois une éruption de boutons rouges et farineux.

Il paraît qu'il y eut une imprudence; Doublet ne dit pas laquelle. Une tumeur se développa : la nature travaillait à la résoudre; nouvelle imprudence: alors l'abcès se déclara, et on l'ouvrit par un procédé sur lequel M. Barthélemy, notre collègue et ami, a spécialement insisté (1). Il est impossible de ne pas accorder d'importance à l'éruption et à l'état des urines. Le membre inférieur fut impotent pendant quelque temps après le traitement.

(1) Annales de chirurgie, t. II, p. 288 et suiv.

16e Obs. — *Fistule, suite d'abcès du bassin; nouvelle grossesse; guérison* (1).

Une femme de vingt-deux ans, lymphatique, eut, à la suite de son premier accouchement, qui avait été long et laborieux, un abcès énorme à l'hypogastre, qui s'ouvrit immédiatement au-dessous de l'ombilic. L'ouverture resta fistuleuse. Une sonde conduite dans la fistule me fit connaître que son fond correspondait immédiatement au-dessus de la symphyse du pubis, et je jugeai dès-lors que, pour la guérir, il convenait de faire une contre-ouverture dans cet endroit. Je la fis, et donnai à l'incision une étendue d'un pouce et demi. Une bandelette de linge fut poussée dans le trajet fistuleux, et, à chaque pansement, tirée de haut en bas. Au bout de huit jours je supprimai cette bandelette. L'ouverture supérieure ne tarda pas à se cicatriser; mais l'inférieure resta fistuleuse. Je compris que, pour procurer la réunion des parois de cette fistule, il fallait les appliquer l'une contre l'autre par une compression permanente; mais comme la paroi du ventre était lâche, et que d'ailleurs les viscères abdominaux n'offraient presque aucun point d'appui, cette compression ne pouvait pas être exercée de devant en arrière. Je pensai que si la malade avait une seconde grossesse, la compression que la matrice exerce de derrière en devant sur la paroi abdominale, à l'époque de la gestation où elle s'élève au-dessus du détroit supérieur du bassin, pourrait produire l'effet désiré, et amener la guérison de la fistule. Je fis part de mes réflexions à la malade. Elle me crut, et devint enceinte; avant la fin du sixième mois la fistule était solidement cicatrisée.

On ne peut qu'admirer la sagacité avec laquelle l'indication chirurgicale fut saisie dans ce cas.

17e Obs. — *Engorgement et tuméfaction du ligament sus-pubien gauche à la suite d'accouchement, terminé par résolution lors de l'apparition des règles* (2).

Une jeune femme bien constituée, relevée de couches depuis

(1) Boyer, *Traité des maladies chir.*
(2) Husson et Dance, *Répertoire d'anatomie de M. Breschet.*

cinq semaines, n'éprouve d'autre accident à la suite de son accouchement, qu'une douleur légère avec pesanteur dans l'aine et la fosse iliaque gauches; elle continue à vaquer à ses occupations, mais la douleur augmente lorsqu'elle fait de grands mouvemens. Elle entre à l'hôpital. Nous la trouvons sans fièvre, sans malaise général, mais présentant un engorgement allongé, du volume d'un gros œuf, qui s'étendait un peu obliquement de la fosse iliaque gauche vers l'aine du même côté, et paraissait situé immédiatement sous la paroi abdominale: la pression sur cette tumeur est peu douloureuse, le reste du ventre est souple et indolent (Trente sangsues appliquées sur cet engorgement diminuent la douleur, mais ne produisent aucun changement dans son volume).

Les jours suivans, l'engorgement reste stationnaire; douleur à la pression (Bains et lavemens, on applique des cataplasmes émolliens).

Au douzième jour, les règles paraissent pour la première fois depuis l'accouchement, et sont suivies d'une notable diminution dans le volume de la tumeur. Au quinzième, les règles continuent encore. La tumeur a disparu en entier au dix-huitième jour.

Il faut remarquer dans ce fait: 1° le siége, probablement dans le ligament sus-pubien, comme l'indique le titre de l'observation; 2° la bénignité des symptômes; 3° enfin, la disparition de la tumeur à la suite du rétablissement des règles.

18° Obs. — *Vaste collection purulente, suite de couches, occupant le bassin, la fosse iliaque gauche et la partie supérieure de la cuisse, ouverte spontanément dans la vessie; guérison* (1).

Une jeune fille âgée de vingt-trois ans, domestique, fut reçue à l'Hôtel-Dieu le 6 juillet 1819. Jusqu'alors bonne santé; grossesse sans accident; accouchement naturel d'un premier enfant. Peu de jours après l'accouchement, frisson général, suivi de chaleur et de fièvre; engourdissement dans la cuisse et la jambe gauches. Bientôt des douleurs se firent sentir dans la profondeur du bassin; elle devinrent continuelles, et tellement violentes, que la

(1) Husson et Dance.

malade fut entièrement privée de sommeil. Frissons irréguliers entremêlés de fièvre, soif vive, constipation opiniâtre, dysurie portée jusqu'à la rétention complète; empâtement dans la fosse iliaque gauche; tumeur dure, non fluctuante, que l'on suppose développée dans l'ovaire du même côté. Une saignée, des bains, des émolliens, furent employés sans succès. La fièvre et les douleurs persistèrent, et à la constipation succéda un dévoiement qui jeta la malade dans une extrême faiblesse. Dépérissement, face pâle, jaunâtre; yeux ternes et caves; peau sèche, terreuse; voix faible; fièvre continue avec redoublemens le soir; diarrhée abondante; dans la fosse iliaque gauche, large tuméfaction fluctuante, paraissant soulever l'arcade crurale, accompagnée d'œdème et de rétraction de la cuisse, dont les mouvemens sont douloureux et l'extension impossible (Cataplasmes émolliens, eau de riz, cachou).

Au cinquième jour, la malade rend avec les urines une matière purulente très abondante. Cette évacuation se prolonge pendant une douzaine de jours. La tuméfaction de la fosse iliaque diminue en proportion, et disparaît; les douleurs et la diarrhée cessent; la fièvre se modère, l'appétit revient. Plus tard, un point de fluctuation se montre en haut et en avant de la cuisse gauche. M. Dupuytren en fait l'ouverture: une suppuration abondante s'en écoule, et fait bientôt place à un fluide séreux. Enfin, la plaie se cicatrise, et la malade sort de l'hôpital parfaitement guérie, après trois mois de traitement.

Cet abcès était-il dans l'ovaire, comme les auteurs l'ont supposé? Cela est fort douteux. Notons qu'il y eut de la constipation, puis de la diarrhée: ces faits nous serviront. Notons aussi que le passage du pus dans la vessie ne donna lieu à aucun symptôme d'irritation dans cette dernière.

19[e] bis. — *Accouchement avant terme; rupture du cordon ombilical; enkystement momentané du placenta; inflammation du tissu cellulaire du bassin et de celui qui tapisse la fosse iliaque gauche; formation d'une vaste collection purulente dans cette dernière région; issue de la matière puru-*

lente par une ouverture qui s'est formée dans les parois du col de l'utérus; fièvre hectique et mort (1).

Une jeune fille enceinte de sept mois fut prise subitement de douleurs d'enfantement tellement pressantes qu'elle accoucha à l'entrée de l'hôpital. Le cordon se rompit près du placenta, qui se trouvait comme enkysté. Des tractions assez multipliées furent faites sur les membranes pour opérer la délivrance, mais elles furent sans résultat. Bain de siége; peu de temps après, le placenta sortit.

Au cinquième jour, et à la suite de coliques assez fortes, le pouls s'accélère, les lochies se suspendent (Quinze sangsues à la vulve).

Au sixième, l'hypogastre devient sensible à la pression, les mouvemens du tronc sont douloureux, le pouls est petit et contracté (Saignée, demi-bain, cataplasme).

Au septième, toute la partie du ventre située au-dessous de l'ombilic est le siége d'une tension douloureuse et d'un gonflement qui s'étend dans les fosses iliaques, mais plus particulièrement à gauche (Trente sangsues).

Les jours suivans, nouvelle application de sangsues; moins de fièvre; douleurs abdominales moindres; la tuméfaction de la fosse iliaque gauche est plus considérable, et paraît s'étendre jusque dans la région rénale: d'abord assez dure, elle finit par présenter une fluctuation évidente.

Au vingt-neuvième jour, nous trouvons les alèses sur lequels reposait la malade couvertes d'une matière purulente abondante; en même temps la fosse iliaque gauche forme une saillie moins considérable. Des recherches faites dans le vagin n'indiquent point qu'il ait été perforé par la suppuration.

Les jours suivans, une matière purulente assez abondante continue à s'évacuer par le vagin.

Pendant un mois entier cet écoulement continue; amaigrissement.

Vers le commencement du troisième mois, le pouls reprend de la fréquence; la maigreur a fait des progrès; mort au soixante-huitième jour depuis l'accouchement.

(1) Husson et Dance.

Autopsie. — Dans la fosse iliaque gauche existe un vaste foyer à moitié rempli par un pus verdâtre et fétide, limité en haut par l'extrémité du psoas et du rein gauche, s'étendant en bas jusque dans le petit bassin entre les ligamens larges de l'utérus, formé en arrière par les muscles psoas et iliaques dont les fibres sont comme disséquées par la suppuration; parcouru enfin par quelques rameaux nerveux venant du plexus lombaire: sa cavité était d'un gris noirâtre et tapissée par une membrane pseudo-muqueuse. Le vagin ne présentait aucune perforation; mais à cinq lignes au-dessus de l'extrémité inférieure du col de la matrice, on voyait une ouverture arrondie et noirâtre de 3 lignes de diamètre, dans laquelle il nous a été facile d'insinuer une sonde qui a pénétré par des ramifications détournées jusque dans le foyer purulent. La matrice était entièrement revenue à son volume naturel, et n'a présenté d'autre altération qu'une rougeur très vive dans la partie de son col située au-dessous de la perforation : cette rougeur se prolongea dans le vagin qui était encore imprégné de pus ; du reste, des adhérences assez nombreuses unissaient la vessie à la matrice, et celle-ci au rectum, mais il n'y avait aucun épanchement dans la cavité du péritoine.

« L'évacuation de la matière purulente à travers les parois du col utérin est un fait d'anatomie pathologique très intéressant. » Les auteurs de l'observation ont raison de le faire remarquer. Il est probable, d'après eux, que l'inflammation a débuté par le tissu cellulaire des ligamens larges, et s'est étendue secondairement dans les régions iliaque et lombaire. N'oublions pas ce qui est relatif à la cause : accouchement brusque, rupture du cordon, rétention du placenta, manœuvres pénibles.

20[e] Obs. — *Affection de l'ovaire pendant la grossesse, suivie de mort* (1).

Mademoiselle M..., âgée de vingt-deux ans, d'un tempérament éminemment lymphatique, entra à la Maison-de-Santé le

(1) V[e] Boivin, *Recherches sur une des causes, etc.*

neuvième jour de ses couches, qu'elle avait faites à l'hospice de la Maternité. L'accouchement naturel et prompt, qui avait eu lieu au commencement du huitième mois de la grossesse, avait été suivi de douleurs vives dans le côté gauche de l'abdomen. Ces douleurs étaient accompaguées de fièvre et de difficulté d'uriner. Le point douloureux était resté tuméfié après l'accouchement, depuis la région hypogastrique jusqu'à la fosse iliaque gauche. Le traitement antiphlogistique mis en usage à l'hôpital où cette fille était accouchée, avait eu quelque apparence de succès. Cependant les douleurs n'ayant pas entièrement cessé, cette jeune fille vint à pied de la rue de la Bourbe à la Maison-de-Santé, distance de près d'une lieue, le 5 mai 1824.

La longue course que venait de faire la malade réveilla la douleur du côté gauche. La région affectée était d'une sensibilité si grande, qu'il fut impossible d'explorer exactement les parties pour obtenir des résultats positifs sur le siége et la nature des douleurs abdominales. On fit une application de vingt sangsues, que l'on réitéra deux fois en trois jours. Les fomentations, les cataplasmes émolliens, les bains de siége, les lavemens, amenèrent un mieux sensible. Le cinquième jour la malade sortit à pied pour aller dîner en ville. Cette imprudence rappela encore une fois tous les accidens précédens; la douleur se propagea avec une rapidité extrême dans toute l'étendue de l'abdomen jusqu'à la poitrine. C'est en vain que l'on eut recours à de nouvelles saignées, la malade succomba le dixième jour de son entrée, et le dix-neuvième de son accouchement.

Autopsie. — *Abdomen :* Epanchement séreux jaunâtre; épaississement considérable du bord inférieur de l'épiploon, adhérence de ce sac membraneux avec l'arc du colon, rectum adhérent dans toute sa paroi postérieure avec la face interne du sacrum. L'ovaire gauche, du volume de deux poings d'un adulte, occupait la région hypogastrique, de manière à laisser croire au premier aperçu que c'était la vessie qui était restée développée à un certain degré; sa surface extérieure était d'un blanc rosé, couverte de nombreux vaisseaux fins et déliés, d'un beau rouge vermillon. La région inférieure de l'ovaire était adhérente à la paroi latérale gauche de la cavité du bassin.

Ce kyste, formé par la totalité de l'ovaire, était rempli d'une

matière puriforme, épaissé, et d'un paquet de poils roux formant masse avec une substance adipocireuse du volume d'un gros œuf. Le sommet du kyste regardait le côté droit de l'abdomen.

Voici l'opinion que l'on peut se former sur la pathogénie de ce cas : Kyste pileux de l'ovaire ; grossesse ; échauffement du kyste, en raison de l'état congestif des organes intra-pelviens dans la grossesse ; suppuration. Le kyste, en se développant, gêne à son tour l'utérus, et la femme accouche à huit mois.

21° OBS. — *Abcès intra-pelvien, suite de couches, ouvert par le rectum* (1).

D..., de 34 ans, vint à la Maison-de-Santé pour s'y faire traiter d'une tumeur de l'abdomen accompagnée de perte de sang et de douleurs. D'une forte constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, elle avait toujours joui d'une bonne santé, à la constipation près : depuis long-temps elle n'allait à la garde-robe qu'à force de lavemens. Depuis l'âge de 32 ans, elle eut une cinquième grossesse, qui parcourut presque toutes ses périodes, quoiqu'il s'y joignît une perte de sang. Cette femme resta souffrante encore long-temps après sa couche. Le cours des règles fut tout-à-fait dérangé pendant près d'une année : c'était pour ainsi dire des hémorrhagies qui reparaissaient tous les quinze à vingt jours, avec une douleur profonde dans la fosse iliaque gauche. A cette douleur succéda un développement de la région hypogastrique ; les règles cessèrent ; la malade se crut encore enceinte. En effet, à la suite de contractions douloureuses de la matrice, elle rendit une masse charnue, renfermant un embryon d'environ quatre mois. Les pertes utérines reparurent ; l'abdomen prit en même temps plus d'extension ; l'éjection de l'urine et des matières fécales devenait de plus en plus difficile et douloureuse ; on avait souvent recours aux lavemens, au cathétérisme, aux bains de siége, pour faciliter la déplétion de la vessie et du rectum.

(1) Ve. Boivin.

Un jour que la malade faisait de violens efforts pour aller à la garde-robe, elle rendit tout-à-coup par l'anus environ une pinte de matière d'un blanc jaunâtre, de consistance de bouillie épaisse. La tumeur sus-pubienne était sensiblement diminuée après cette évacuation; depuis, l'éjection de l'urine s'opérait librement, ainsi que les évacuations alvines, qui se trouvaient encore mêlées de pus en assez grande quantité.

L'exploration de l'abdomen, la dépression de ses parois en différens sens, n'accusent ni tuméfaction ni douleurs, mais seulement un peu de sensibilité à gauche.

Depuis l'ouverture de l'abcès dans le rectum, les douleurs de cette dame ont cessé. L'ennui l'ayant prise à la Maison, cette femme en sortit pour retourner chez elle.

L'étiologie de ce cas est obscure. Il est supposable, néanmoins, que la constipation a influé sur le développement de l'abcès. Celui-ci s'ouvrit spontanément pendant des efforts pour aller à la selle : circonstance notable.

22e Obs. — *Abcès intra-péritonéal, suite de couches, pris pour une névralgie; péritonite; mort; autopsie* (1).

Une jeune femme, à la suite d'un premier accouchement, était restée atteinte d'une douleur qui avait son siége dans l'hypogastre, derrière les os pubis, et qui se manifestait d'une manière intermittente, à l'instar d'une névralgie. Elle devenait lancinante et vive jusqu'à faire crier la malade, et se propageait, comme par irradiation, vers le col utérin, en haut, vers les parois abdominales, et en arrière, dans la région lombaire, où la malade disait ressentir des douleurs semblables à celles qui existent à une certaine époque du travail de l'enfantement. Tel fut le récit qui nous fut fait par la malade lorsqu'elle entra à la Charité. Cette affection, telle que je viens de la décrire, ne ressemblait-elle pas à une névralgie? Mais lorsqu'elle fut soumise à notre observation, elle n'était plus dans cet état de simplicité. Depuis un mois la douleur était devenue continue; elle était d'ailleurs moins intense que lorsqu'elle n'existait que par intervalles. La pression de l'hy-

(1) Andral. *Clin. méd.*

pogastre était douloureuse ; le reste du ventre était souple et indolent. Il y avait un amaigrissement notable, une petite fièvre continue, des sueurs fréquentes. Il n'était que trop évident que la maladie ne consistait pas dans une simple névralgie. Nous pensâmes qu'il existait une affection chronique d'un des ovaires, ou d'une des portions du péritoine qui les entourent (Sangsues, fomentations émollientes et narcotiques sur l'hypogastre). Même état, à-peu-près, pendant les quinze jours suivans ; puis une diarrhée abondante s'établit. L'abdomen, dans sa totalité, devint tendu et douloureux ; la malade s'affaiblit rapidement et succomba.

L'ouverture du cadavre montra, dans le péritoine, les traces d'une inflammation aiguë récente (sérosité trouble avec mélange de flocons fibrineux amorphes). La plus grande partie de la surface interne du gros intestin, ainsi que celle de la fin de l'intestin grêle, étaient vivement injectées. Mais quelle était la cause de l'ancienne douleur hypogastrique? Nous la trouvâmes dans une tumeur du volume d'une petite orange, située profondément dans l'excavation du bassin ; elle y était disposée de manière que sa moitié droite était interposée entre le corps de l'utérus et le rectum, tandis que sa moitié gauche, cachée en avant par le ligament large, dépassait latéralement ces deux organes. Cette tumeur contenait une cavité séparée en plusieurs loges incomplètes, dans chacune desquelles existait un liquide purulent. Ses parois étaient constituées par de fausses membranes superposées. L'utérus, les ovaires, le rectum et la vessie ne présentèrent aucune altération appréciable.

Souvenons-nous qu'un abcès intra-pelvien peut donner lieu à des symptômes intermittens.

23ᵉ Obs. — *Abcès intra-péritonéaux, suite de couches; infection purulente; mort* (1).

Une femme mourut à la Charité peu de temps après être accouchée. Le travail avait été extrêmement laborieux. Pendant son séjour à l'hôpital, elle nous offrit deux périodes dans son état. La première fut caractérisée par des douleurs sourdes dans l'hypo-

(1) Andral.

gastre, une fièvre continue avec des sueurs abondantes chaque nuit, un dépérissement assez rapide. La seconde période fut marquée par une prostration qui ne s'établit pas graduellement, par une altération subite des traits de la face, un demi-délire et une abondante diarrhée. Cette seconde période fut courte, et la mort la suivit bientôt.

A l'ouverture du cadavre on trouva les lésions suivantes : 1° un état d'engorgement, de ramollissement très marqué du tissu de l'utérus; 2° autour de cet organe plusieurs collections purulentes renfermées dans des loges dont les parois étaient constituées par des fausses membranes entrecroisées en sens différens; 3° un peu de sérosité légèrement trouble, épanchée dans le reste du péritoine; 4° une injection vive à la fin de l'iléon, au cœcum, et au commencement du colon; 5° une lésion plus rare, sur laquelle j'appelle surtout en ce moment l'attention : un grand nombre de veines situées, dans l'excavation du bassin nous frappèrent par leur état de distension : elles étaient remplies par un sang coagulé, auquel était mêlé, sous forme de gouttelettes éparses, un liquide blanchâtre, que les personnes qui assistaient à l'autopsie comparèrent à du pus ; les parois mêmes de ces veines n'offrirent aucune altération appréciable. Le sang contenu dans la veine iliaque et dans la veine cave inférieure, avait le même aspect. On ne trouva plus rien de semblable dans la cavité droite du cœur, ni dans le reste de l'appareil circulatoire. Mais en incisant le poumon droit, qui, vu extérieurement, paraissait très sain, on trouva en trois points son parenchyme refoulé par des collections de pus occupant une espace qui, pour deux d'entre elles, aurait pu contenir une noix, et pour la troisième une noisette. Autour de ces abcès le parenchyme pulmonaire ne présentait aucune altération appréciable. Dans le foie on trouva un autre abcès, qui, comme ceux du poumon, existait sans lésion du parenchyme autour de lui. Enfin, dans le cerveau, au niveau et en dehors d'une des couches optiques, on rencontre encore un foyer de pus de la grandeur d'une grosse noisette, et que n'accompagnait aucune injection, aucun ramollissement de la substance cérébrale environnante.

Ce fait est des plus remarquables. D'abord il nous offre,

comme plusieurs des précédens, un exemple d'abcès intra-péritonéaux, suite de couches. Ensuite, on y voit une péritonite purulente partielle donner lieu à la pyohomie, et à des abcès *métastatiques* jusque dans le cerveau.

24[e] Obs. — *Péritonite et phlébite puerpérales avec formation, dans la fosse iliaque, d'un abcès qui s'ouvrit par le vagin.* (1)

Une femme de trente ans, d'un tempérament sanguin nerveux, était parvenue au terme d'une seconde grossesse, qui n'avait rien offert de remarquable. L'enfant, situé en travers, la tête à gauche et le visage en avant, présentait le bras gauche; on pratiqua la version. La main pénétra avec quelque difficulté jusque dans la cavité utérine: un des pieds était déjà saisi et l'autre allait l'être, lorsque la femme se mit à crier, et fit de grands mouvemens qui forcèrent l'accoucheur à retirer la main. Il prescrivit un bain et attendit. On fit une seconde tentative: la malade fut encore plus indocile que la première fois; il fut impossible de la contenir; un consultant essaya, et fut obligé aussi de s'arrêter (Saignée du bras). Il y avait trente heures que le travail était commencé. On fit venir un troisième médecin. La malade, accablée par les douleurs, modéra enfin ses mouvemens, et l'on put amener l'enfant, qui était mort. La délivrance n'offrit rien de particulier.

Le premier jour et une partie du suivant, il n'y eut aucun accident; les lochies coulèrent modérément; l'accouchée se trouva bien; mais, environ trente-six heures après l'accouchement, elle se plaignit d'une douleur vive dans le *flanc droit et à la région iliaque* de ce côté; malaise général; frissons.

Le lendemain, fièvre; ventre douloureux et tendu *du côté droit*; mamelles affaissées (Saignées du bras; sangsues sur le ventre; fomentations émollientes). 28 juillet: douleur aiguë dans le ventre, et spécialement dans les régions lombaire et iliaque *droites*; la moindre pression exercée en cet endroit, la toux, un simple mouvement, augmentent cette douleur et arrachent des cris à la malade. Tension considérable des parois abdominales plus marquée

(1) Mélier, *Journal général de médecine*, 1827.

aussi du *côté droit*, où nous croyons sentir une fluctuation obscure. La percussion de cette partie donne un son mat ; ailleurs, le ventre météorisé donne un son clair. La peau est aussi plus chaude du côté droit. Hoquets fréquens et douloureux ; nausées de temps en temps ; suppression des lochies.

Le soir, la douleur est un peu calmée (Bain d'une heure ; fomentations émollientes ; demi-lavement huileux).

Le lendemain 29, la douleur était fort aiguë et le gonflement plus considérable (Trente sangsues ; large ventouse sur chaque mamelle). Les ventouses restèrent en place pendant plus d'une demi-heure, et furent plusieurs fois réappliquées ; elles firent couler, non sans beaucoup de douleur, une certaine quantité de lait mal élaboré, et donnèrent lieu à un gonflement considérable des mamelles ; il nous sembla que les douleurs de la péritonite diminuaient à mesure que cette fluxion artificielle s'établissait.

30. Léger mieux (Bains ; on insiste sur les ventouses, qui, chaque fois, font couler une certaine quantité de lait).

31. Nuit mauvaise ; douleurs dans toute l'étendue du ventre. La fluxion des mamelles s'étend des deux côtés jusque sous les aisselles. Les lochies coulent à peine (Sangsues ; un vésicatoire à chaque cuisse).

1er août. Mieux sensible ; douleurs moins vives, bornées au flanc droit et à la région lombaire de ce côté ; on sent toujours à cet endroit une fluctuation obscure. A dater de ce moment, les accidens perdent de leur gravité. Il s'écoule par la vulve un liquide sanguinolent et fétide en petite quantité.

La malade était dans un état qui permettait quelque espoir, lorsqu'un jour on s'aperçut que l'écoulement était devenu tout-à-coup plus abondant, et qu'il avait changé de nature : c'était du pus ; pendant les premiers jours, la malade en fut comme trempée. Si on l'asseyait, et surtout si l'on pressait avec la main sur le côté droit du ventre, l'écoulement devenait beaucoup plus considérable. D'abord louable, le pus ne tarda pas à devenir grisâtre et fétide. Fièvre hectique. La malade s'affaiblit rapidement.

La douleur du flanc droit qui, depuis long-temps était sourde, devint de nouveau aiguë, et se fit sentir jusque dans l'aine et la cuisse. Bientôt après, infiltration séreuse du pied, de la jambe,

et successivement de tout le membre abdominal droit, qui était douloureux. La malade mourut le 17 août.

Autopsie. — La cavité abdominale seule fut ouverte. Le péritoine présenta partout des traces évidentes d'inflammation. Peu intense du côté gauche, cette phlegmasie le devenait davantage à mesure que l'on s'approchait du côté droit, et spécialement de la région lombaire et de la fosse iliaque. Il existait là un vaste foyer contenant plusieurs livres de pus fétide, grisâtre et mal lié. Ce liquide, contenu dans le péritoine, était enveloppé de toutes parts par une fausse membrane, déjà assez bien organisée, irrégulièrement épaisse, d'un blanc sale, molle, s'enlevant par lambeaux. Des adhérences nombreuses de circonvolutions intestinales entre elles et avec les parties adjacentes bornaient cette collection purulente. Une masse blanche, d'apparence *albumineuse*, pesant une demi-livre au moins, nageait au milieu du pus. Le foyer se prolongeait jusque dans le petit bassin, et communiquait avec le vagin, au moyen d'une ouverture large et irrégulière, à bords mous, frangés et noirs, occupant la paroi droite du vagin, presque entièrement détruite. Il eut été facile, du vivant de la malade, de m'assurer de la disposition des parties par le toucher.

L'utérus, revenu à-peu-près à son volume naturel, était sain; sa cavité contenait une petite quatité de mucus roussâtre.

La veine iliaque externe, presque en totalité, et la veine crurale, dans l'étendue de deux ou trois pouces, étaient complétement oblitérées par un caillot sanguin, fibrineux et consistant, semblable à ces concrétions polypiformes que l'on trouve souvent dans le cœur. Les parois de ces veines nous parurent épaissies; la membrane interne était rouge; on voyait quelques gouttes de pus à sa surface: elle adhérait au caillot en plusieurs endroits. Rien de remarquable dans les autres organes de l'abdomen.

On remarquera dans cette observation : 1° la cause occasionnelle de la péritonite, qui se trouve dans l'acte de l'accouchement et la manœuvre qu'il nécessita ; 2° la variété de l'abcès, qui était intra-péritonéal; 3° le mode d'ouverture de la tumeur qui se fit jour dans le vagin ; 4° la phlébite

adhésive et l'infiltration consécutive du membre correspondant. On est amené malgré soi à penser qu'il aurait fallu agir plus activement dans le commencement.

25ᵉ Obs. — *Abcès de la fosse iliaque droite, suite de couches, ouvert par le bistouri; guérison* (1).

Madame Amans, âgée de trente-et-un ans, mariée à trente, eut son premier enfant dix-sept mois après. Pendant tout le cours de sa grossesse, elle jouit d'une bonne santé, à une douleur près, qu'elle ressentit constamment dans les parties latérales droites de l'utérus, et parfois dans la fosse iliaque, dans l'aine et la cuisse droites; cette douleur était surtout excitée par les mouvemens de l'enfant. Saignée au sixième mois, elle accoucha à terme d'un enfant bien portant. Difficulté pour extraire le placenta, très adhérent à droite: il fallut introduire la main dans la matrice, et faire d'assez grands efforts; point d'hémorrhagie, point d'accidens pendant les deux premiers jours; lochies abondantes et sans interruption durant l'époque ordinaire de la sécrétion laiteuse, qui ne se fit pas; ventre gonflé, très sensible; la marche était pénible; si le pied droit portait à faux, s'il heurtait contre un corps solide, il en résultait aussitôt une douleur vive dans l'aine et dans le ventre (Vin de Bordeaux; quinquina).

Je vis madame Amans le 25 octobre 1827, sept semaines environ après sa couche. Ventre volumineux, sonore, très douloureux à la pression; selles fréquentes; dans l'aine droite, gonflement inflammatoire s'étendant à la partie interne de la cuisse et de la jambe dans la direction des lymphatiques, durs et tendus comme des cordes, très douloureux à la moindre pression, au plus léger mouvement. Les vaisseaux lymphatiques de la cuisse gauche n'étaient point affectés; ils le furent légèrement dans la suite (Tisanes émollientes; vingt-cinq sangsues sur les ganglions de l'aine et les vaisseaux lymphatiques; cataplasmes émolliens).

Au bout de quinze jours, cessation presque complète des accidens; mais les douleurs se réveillèrent avec une nouvelle intensité dans la fosse iliaque, dans l'articulation iléo-fémorale, et

(1) Téallier. *Journal général*, juillet 1829.

s'étendirent depuis la crête de l'os des îles jusque dans la région lombo-dorsale. Pouls fréquent; teint animé; peau sèche, brûlante; toujours plusieurs selles par jour (Saignée de 12 onces; le lendemain, trente sangsues dans l'aine; cataplasmes émolliens; bains; vingt autres sangsues deux fois).

Les douleurs se concentrèrent dans la fosse iliaque, où je reconnus une tumeur du volume du poing, dure, douloureuse au toucher, située à droite de l'intestin cœcum, qui ne tarda pas à occuper la presque totalité de la fosse iliaque et à venir faire saillie au-dessus du ligament de Fallope. Fluctuation évidente. L'abcès menaçait de se faire jour sur plusieurs points où la peau était rouge et amincie. Le 12 janvier, je plongeai un bistouri étroit vers le milieu et immédiatement au-dessus du ligament de Fallope, point où l'amincissement de la peau était le plus avancé. Le pus jaillit avec force: il était clair, séreux, floconneux, mêlé de beaucoup de sang. Il s'en écoula plus d'une livre. Décubitus sur le côté droit, pour que l'ouverture pratiquée se trouve dans la partie la plus déclive. Suppuration très abondante (Trois pansemens par jour). L'écoulement diminua rapidement, et, vers la fin de janvier il ne sortait de la plaie qu'un peu de sérosité blanchâtre. Anasarque générale. Bientôt l'ouverture de l'abcès livra passage à une grande quantité de sérosité, et l'anasarque ne tarda pas à se dissiper. La plaie se cicatrisa vers la fin de février. La guérison fut complète dans le courant d'avril.

La douleur fixe à droite, pendant la grossesse, semble indiquer une phlegmasie utéro-placentaire partielle, dont les adhérences du placenta furent la conséquence. Ainsi: placento-métrite; adhérences du placenta, sur lequel on est obligé de tirer fortement; métrite; engorgement des vaisseaux lymphatiques du membre; puis, formation de l'abcès iliaque du côté de l'insertion du placenta: telle a été la marche de la maladie. On aura remarqué l'anasarque, effet de la diminution rapide de l'écoulement purulent, véritable métastase, et la cessation de l'anasarque par suite d'un écoulement abondant de sérosité à travers l'ouverture de l'abcès.

26e Obs. — *Anatomie pathologique d'un abcès puerpéral de la fosse iliaque* (1).

En 1834, M. Bérard (Aug.) présenta à la Société anatomique une pièce recueillie sur une femme qui avait été prise de douleurs hypogastriques à la suite d'une couche, et chez laquelle on avait soupçonné un abcès de la fosse iliaque. A l'autopsie, on trouva un vaste abcès qui commençait à la partie postérieure et supérieure du flanc gauche, entre le colon et la paroi abdominale. Cet abcès s'était propagé dans la région hypogastrique, en passant entre la fosse iliaque et l'intestin, toujours situé hors du péritoine. Une induration du tissu cellulaire du bassin lui avait fermé l'accès de cette cavité au-devant de la vessie, mais le pus s'était frayé un passage vers la fosse iliaque droite, en décollant le péritoine dans la région hypogastrique; de la région iliaque droite il avait remonté sur le côté de la ligne médiane jusqu'au niveau de l'ombilic: là il s'était fait jour au-dessous de la peau, qu'il avait décollée au pourtour de la cicatrice ombilicale; dans le flanc gauche, l'abcès communiquait avec le colon descendant par une ouverture arrondie. M. Bérard pensa que l'ulcère intestinal avait été la cause de l'abcès iliaque. La surface de tout le gros intestin étant inégale et bosselée, M. Michon en tira la conclusion que l'intestin avait dû être le premier malade, et M. Teissier fit remarquer, de son côté, que ce qui excluait l'idée d'un abcès iliaque primitif, c'est que le muscle iliaque était parfaitement sain.

Exemple remarquable de migration du pus. Cette observation nous servira sous ce rapport. Quant à savoir si l'abcès provenait d'une lésion intestinale, les raisons données en faveur de l'affirmative sont très loin d'être concluantes.

27e Obs.—*Abcès à l'hypogastre, suite de couches, ouvert par la potasse caustique; guérison* (2).

Madame Fournier éprouvait dans le bassin, depuis une couche faite en 1805, une douleur qui revenait par intervalles. En 1811, à la suite d'une fièvre muqueuse, cette douleur devint plus in-

(1) Aug. Bérard. *Bulletins de la Société anatomique.*

(2) Martin. *Mémoires.*

tense, et ne se dissipa qu'après un long terme. A cette époque, on reconnut au-dessus des os pubis une tumeur indolente, qui gênait, à certaines époques, l'excrétion des urines. Redevenue enceinte en 1813, elle ressentit de nouvelles douleurs dans la tumeur, et quelques jours après son accouchement, en explorant le bas-ventre devenu très sensible, on reconnut une collection purulente présentant trois bosselures, dont l'une était centrale, au-dessus du pubis, et les deux autres répondaient à chaque aine. Appelé en consultation, je proposai d'appliquer sur la bosselure de l'aine gauche, qui était plus saillante et plus fluctuante, une traînée de potasse caustique. L'eschare résultant de cette application tomba le troisième jour, et, à sa chute, il s'écoula plus d'une chopine d'un pus fétide et mal élaboré; ce qui affaissa en même temps les trois bosselures, qu'on aurait pu prendre pour trois dépôts différens. Un pansement régulier fut employé: en moins d'un mois la cicatrisation fut obtenue, et la malade rendue à la santé.

La forme extérieure de cet abcès est remarquable : on aurait pu, comme l'auteur le dit, croire à trois foyers distincts. La manière dont la tumeur se produisit, le long temps qu'elle mit à s'abcéder sont des circonstances également intéressantes. Jusqu'à quel point des vésicatoires répétés auraient-ils pu résoudre cette tumeur chronique?

28ᵉ Obs.— *Abcès de la fosse iliaque gauche, s'étendant jusqu'aux lombes du même côté; ouvert par la potasse caustique et le bistouri; guérison* (1).

Madame Nicollot eut un accouchement laborieux, terminé avec le forceps. Dès le lendemain, il se manifesta une fièvre très intense avec météorisme de tout le ventre. La fluxion laiteuse des seins n'eut pas lieu; les lochies furent très irrégulières. Je fus appelé le vingtième jour en consultation, et je reconnus tous les symptômes d'une fièvre lente hectique, occasionnée par un dépôt dans la fosse iliaque gauche, s'étendant jusque dans la région lombaire, avec engorgement des glandes de l'aine et de l'extrémité

(1) Martin.

inférieure de ce côté ; la fluctuation était prononcée principalement du côté de la région des lombes. Au bout de deux jours, la saillie formée par le pus dans la région lombaire augmenta sensiblement ; la fluctuation y devint plus évidente. Application d'une traînée de potasse caustique. Le lendemain nous incisâmes l'eschare, et portant le bistouri un peu au-dessous de sa profondeur, nous parvînmes au foyer purulent. Il s'en écoula aussitôt un litre de pus, ce qui diminua presque immédiatement la tumeur de la fosse iliaque. La malade fut sensiblement soulagée. Le pus coula pendant plusieurs jours avec abondance, mais il diminua par gradation ainsi que la fièvre. Bientôt l'appétit revint, les forces et l'embonpoint se rétablirent, et, le soixantième jour, l'ulcère était cicatrisé ; les glandes de l'aine gauche, l'extrémité correspondante étaient dégorgées, et madame Nicollot ne tarda pas à recouvrer une bonne santé.

L'accouchement fut terminé par le forceps. Ainsi : difficulté du travail ; action obstétricale ; l'étiologie est dans ces deux circonstances. Encore un abcès ouvert dans la région lombaire. La guérison se fit attendre soixante jours : cette lenteur n'est pas favorable au mode d'ouverture.

29e Obs.—*Abcès de la fosse iliaque droite, suite de couches ; application de potasse caustique ; incision de l'eschare ; guérison* (1).

Le 25 mars 1804, madame Velay-Pélégrin, à la suite d'un accouchement naturel, éprouva une perte utérine considérable avec syncope et défaillance. A cet accident succéda un état de faiblesse extraordinaire : les seins ne se gonflèrent point ; la sécrétion laiteuse ne s'établit qu'imparfaitement, et malgré cela l'accouchée allaita son enfant pendant environ un mois. A dater de cette époque elle dépérit sensiblement ; fièvre continuelle et fréquente. Toux. On diagnostique une phthisie pulmonaire. Appelé en consultation au troisième mois de la couche, je reconnus dans la fosse iliaque droite une tumeur considérable de forme ovalaire, se prolongeant du côté de l'aine, lieu où je distinguai une fluctuation profonde. La cuisse et la jambe droites étaient légèrement

(1) Martin.

fléchies, et ne pouvaient s'étendre qu'avec douleur. Je n'hésitai pas à proposer l'application de potasse caustique sur le point fluctuant de la tumeur. Le surlendemain je trouvai l'eschare détachée dans un point, duquel s'était écoulé beaucoup de pus. J'introduisis dans cette petite ouverture une sonde cannelée, à l'aide de laquelle je fendis l'eschare dans toute sa longueur : issue d'une grande quantité d'un fluide purulent, épais et bien lié, de couleur verdâtre et d'une odeur très fétide. Amélioration; le pus coule pendant cinq mois; cicatrisation. On distingue, du côté du ventre, une dureté ou espèce de noyau qui semble se prolonger vers la fosse illiaque, et un enfoncement sur le point cicatrisé adhérent à cette dureté.

Les règles reparurent trois mois avant la guérison du dépôt, et c'est à-peu-près à la même époque que madame Velay reprit ses forces, de l'embonpoint et un état de santé parfaite. Elle a eu depuis deux enfans; mais plusieurs années après elle a succombé à une phthisie pulmonaire.

Relevons, dans cette observation : 1° l'erreur de diagnostic; 2° la circonstance d'une métrorrhagie ayant précédé le développement de la tumeur.

30e Obs. — *Abcès iliaque suite de répercussion du lait; ouverture par le caustique; guérison* (1).

La femme Bergeret, âgée de trente ans, accoucha heureusement dans le mois d'avril 1816. Le jour où la fluxion laiteuse s'établit, application astringente sur les seins, qui fit disparaître en peu d'heures leur engorgement. Le lendemain de cette répercussion une fièvre violente eut lieu; les lochies se supprimèrent; des douleurs se firent sentir dans l'abdomen, avec tension et météorisme des parois de cette cavité (Traitement antiphlogistique). Les douleurs abdominales et la fièvre continuèrent pendant vingt jours. L'exploration du ventre me fit alors reconnaître un engorgement douloureux dans la direction des ligamens larges. Fièvre; amaigrissement extrême; rétraction de la cuisse gauche. Six semaines après ma première visite, je reconnus une collection purulente occupant les régions hypogastrique et iliaque gauches

(1) Martin.

et se dirigeant vers l'aine de ce côté, point dans lequel je distinguai une fluctuation profonde avec une légère rougeur à la peau. Je fis appliquer sur ce lieu une traînée de potasse caustique ; l'eschare qui en résulta fut incisée le surlendemain, et il sortit une très grande quantité de pus. La malade fut mise à l'usage du lait de chèvre, du sirop de kina ; des mèches de charpie furent introduites dans l'ulcère, et diminuées au fur et à mesure que la suppuration était moins abondante.

Deux mois après cette malade était parfaitement guérie.

C'est surtout la cause qui nous importe dans cette observation, très importante sous ce rapport.

31ᵉ Obs. — *Abcès de l'ovaire droit ou de ses dépendances, ouvert par la potasse caustique ; guérison* (1).

Madame Naud me fit appeler en 1803. Sa maladie datait d'une couche qui avait eu lieu quelques mois auparavant, et à la suite de laquelle elle avait eu l'imprudence de se lever le lendemain de la fièvre de lait, et de s'exposer au froid et à l'humidité. Dès le soir même, elle avait ressenti des douleurs vives dans le ventre, principalement dans la région iliaque droite. Bientôt après, il s'y manifesta une tumeur qui fit de tels progrès, que, lorsque je vis la malade, plusieurs mois après son accouchement, son ventre était aussi développé que celui d'une femme enceinte de sept mois. Les règles, d'abord supprimées, avaient reparu irrégulièrement à diverses époques, occasionnant toujours un violent accès de fièvre ; marasme effrayant. La maladie avait été traitée jusqu'alors pour une hydropisie ascite. Un examen attentif me fit bientôt reconnaître que la tumeur avait son siége dans l'ovaire droit ou dans ses dépendances. La circonscription de cette tumeur, la fluctuation sourde que j'y distinguais ; la douleur qu'y déterminait la pression, et la fièvre continuelle qui minait la malade ; me firent penser que cette tumeur contenait un fluide purulent. L'exploration par le vagin me fit reconnaître le plancher de ce dépôt, faisant saillie entre le col de la matrice légèrement dévié et les parois du vagin. La dureté de sa paroi corres-

(1) Martin.

pondante au vagin, nous éloigna de l'idée de pratiquer l'ouverture par ce conduit. Nous résolûmes d'appliquer sur les parois du ventre, au lieu le plus déclive et le plus saillant de la tumeur, une traînée de potasse caustique. Je fus plusieurs semaines à attendre la séparation de l'eschare, et lorsqu'elle fut complétement détachée, je m'aperçus que le kyste de la tumeur était encore très épais; ce qui me décida à une seconde application de caustique, qui fut beaucoup plus douloureuse que la première. Deux jours après cette application, il s'écoula à travers la seconde eschare une énorme quantité d'un pus inodore, visqueux et très épais. Nous agrandîmes par gradation l'ouverture fistuleuse, à l'aide d'une tente de charpie d'abord, puis avec un morceau d'éponge préparée, faisant, à chaque pansement, des injections dans le sac, avec une décoction d'orge et de miel rosat. Bientôt la tumeur s'affaissa; la fièvre diminua; la suppuration devenait aussi moindre de jour en jour. Les forces revinrent progressivement, et, au bout de deux mois de traitement, l'ouverture du dépôt se ferma complétement. La cicatrice s'enfonça du côté des parois abdominales, et se confondit avec un noyau dur, assez volumineux, qui se prolongeait dans la fosse iliaque droite.

La malade se lève le lendemain de la fièvre de lait, et s'expose au froid et à l'humidité. La cause de la tumeur est dans cette imprudence. Comme dans les cinq précédentes observations, l'abcès est ouvert avec le caustique. Il faut deux mois pour que l'ouverture se ferme.

32[e] Obs. — *Abcès de la fosse iliaque droite, après une couche laborieuse; ouverture spontanée; guérison* (1).

Madame Pommey accoucha pour la sixième fois, le 8 septembre 1812. L'enfant présentait la face et nécessita la version. Les suites de couches furent naturelles jusqu'au troisième jour, époque à laquelle se manifesta la fièvre de lait. Alors le ventre devint douloureux et se météorisa; les seins se flétrirent; les lochies se supprimèrent (Boissons délayantes; émolliens).

(1) Martin.

Le sixième jour, la fièvre persévérant avec un redoublement sur le soir, la langue devint saburrale. L'application de quelques sangsues à la vulve, les vomitifs et les purgatifs ne changèrent pas cet état.

Le quinzième jour de la couche, madame Pommey se plaignait d'une douleur vive dans la fosse iliaque droite, qui augmentait surtout dans la soirée et pendant la nuit. L'exploration ne fit reconnaître dans cette région aucun engorgement (Cataplasmes émolliens; fomentations et fumigations de même nature. On administre le petit-lait anti-laiteux de Weiss, la terre foliée de tartre, et pour tisane une décoction de chiendent nitrée). Etat stationnaire; fièvre; alternatives d'augmentation et de diminution de la tumeur; affaiblissement progressif; amaigrissement.

Le vingt-cinquième jour de l'accouchement je distinguai un engorgement profond et considérable dans la fosse iliaque droite. Il était de forme ovalaire, et quoique enfoncé du côté du bassin, il s'élevait jusqu'au niveau de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, et s'étendait beaucoup en arrière. La fièvre augmenta singulièrement; les mouvemens de la cuisse devinrent impossibles, et la malade fut obligée de rester couchée sur le côté. Des douleurs avec élancemens se faisaient sentir dans la tumeur, qui ne présentait cependant aucune fluctuation. Insomnie continuelle (Cataplasmes, tisanes délayantes). Même état pendant près de quinze jours; à cette époque, douleurs plus vives; fièvre plus intense (Dix sangsues aux grandes lèvres). Le dégorgement sanguin local modéra la douleur et la fièvre, et procura l'apparition des règles pendant deux jours; mais la tumeur, devenue indolente, sembla prendre plus d'accroissement; fièvre moindre, mais continue, avec redoublement le soir. Maigreur extrême, toute la peau, rugueuse, se couvrit d'une éruption miliaire, qui, se desséchant au bout de quelques jours, tombait en desquammation, pour se renouveler ensuite. Les choses se passaient ainsi lorsqu'au soixante-quatorzième jour de l'accouchement, je crus reconnaître une fluctuation profonde dans la tumeur, et proposai l'application d'une traînée de potasse caustique au lieu le plus saillant, qui correspondait dans le milieu de l'espace compris entre l'épine antérieure de l'os des îles et le pubis. La malade

demanda qu'on ajournât cette application, et, deux jours après, le dépôt abcéda dans le lieu même où j'avais proposé d'appliquer le caustique. Il s'écoula, par une ouverture comme fistuleuse, un pus séreux, très abondant. Je dilatai l'ouverture avec un trochisque de minium; et après la chute de l'eschare qu'il produisit, je la maintins ouverte à l'aide d'une tente de charpie. Ce ne fut qu'au bout de quatre mois que j'obtins une cicatrice solide, qui s'établit sur une espèce de noyau profond qui se perdait dans la fosse iliaque droite.

Madame Pommey, depuis cette époque, a joui de la meilleure santé, et a fait deux autres couches heureuses.

Exemple des résultats fâcheux d'un traitement peu actif. Il est vraisemblable que le phlegmon ne se serait pas abcédé si l'on avait agi énergiquement. Au lieu de cela, à combien de dangers la malade n'a-t-elle pas été exposée? Notons qu'il y avait eu version, c'est-à-dire action obstétricale, c'est-à-dire, à un certain degré, violence. Notons encore l'éruption miliaire. On comprend bien que, dans de tels cas, les anciens aient eu l'idée d'une force occulte s'efforçant de livrer passage à l'humeur par des voies détournées.

33ᵉ Obs. — *Abcès de la fosse iliaque droite, suite de couches; ouvert spontanément dans le vagin; guérison* (1).

Marie, âgée de vingt-et-un ans, domestique, d'une santé habituellement bonne, est accouchée pour la première fois il y a vingt-cinq jours. Sa grossesse a été heureuse; son accouchement facile, naturel, s'est terminé après dix heures de souffrance; aucun accident n'est survenu après la délivrance. Au douzième jour, sans cause connue, elle commença à souffrir de l'hypogastre; la cuisse droite devint lourde, pesante, et la malade remarqua le soir un peu d'œdématie qui disparaissait par le repos de la nuit. La marche était difficile et douloureuse, et la douleur s'irradiait de l'hypogastre dans toute la longueur du membre pelvien du côté droit; selles liquides; coliques légères.

(1) Grisolle. *Archives*, 1839.

La malade ne s'est alitée que le 12e jour (31 janv.) : selles assez abondantes ; ventre mou, flasque, indolent à la pression, excepté dans la fosse iliaque droite : là, en effet, on circoncrit aisément une tumeur dure sans bosselures à sa surface, immobile et sans adhérence avec la paroi abdominale ; la percussion y est complétement mate ; elle a trois pouces verticalement, en commençant un peu au-dessus du ligament de Poupart ; transversalement, elle remplit toute la fosse iliaque, sans dépasser en dedans le rebord du bassin ; elle est le siége de douleurs médiocres, qui s'irradient dans tout le membre inférieur droit, que la malade ne peut étendre complétement (20 sangsues, cataplasmes, bains, soupes, repos).

La tumeur est moins douloureuse, mais elle conserve le même volume. On continue les cataplasmes, les bains, jusqu'au 7, sans qu'on constate aucun changement appréciable.

Le 8, la tumeur est moins considérable d'un cinquième environ ; elle continue à être très dure ; elle est peu douloureuse à la pression. Le membre inférieur peut être étendu plus complétement que les jours précédens ; constipation depuis plusieurs jours ; frissons le soir ; sueurs. La tumeur reste dure et peu douloureuse.

Enfin, le 1er mars, la malade nous avertit que, depuis la nuit dernière, elle a, par le vagin, un écoulement abondant qui ressemble à du pus phlegmoneux par sa couleur et par sa consistance. Le doigt introduit dans le vagin ne fait reconnaître aucun pertuis ; il en est de même du spéculum ; mais il est facile de s'assurer, à l'aide de cet instrument, que le pus ne provient pas de l'orifice utérin. La tumeur est diminuée de moitié depuis hier.

Du 4 au 5, l'écoulement a presque cessé. La tumeur diminue peu-à-peu, et, le 15, elle n'a plus que le volume d'une petite noix ; elle conserve une grande dureté, n'est le siége que de quelques élancemens fugaces. La malade marche sans douleur ; elle peut étendre complétement la jambe.

Le 23, on ne distingue plus de noyau induré. La malade sort le 24, tout-à-fait rétablie ; elle conserve encore un très léger écoulement blanchâtre, muqueux, non purulent.

Notons dans ce fait : 1° les douleurs propagées à tout le

membre, qui ne pouvait s'étendre complétement, douleurs liées vraisemblablement à un certain degré de *phlegmatia dolens*, puisqu'elles eurent lieu dès les premiers momens; 2° l'ouverture spontanée de l'abcès par le vagin; 3° la leucorrhée vaginale consécutive à l'écoulement du pus par le vagin.

34° Obs.—*Abcès iliaque suite de couches ouvert dans le rectum; guérison* (1).

Dio, âgée de 23 ans, chapelière, d'une bonne santé, n'a eu d'autre maladie grave qu'une variole confluente à l'âge de 13 ans. Réglée à 18 ans sans difficulté, elle devint enceinte pour la première fois en 1834. Sa grossesse fut heureuse, et elle accoucha à terme vers le 1er février 1835, après un travail qui avait duré 15 heures. La fièvre de lait se déclara au deuxième jour. Elle fut forte et dura 48 heures; les seins se tuméfièrent beaucoup. Cette femme qui n'allaitait pas son enfant, quitta l'hôpital le neuvième jour, bien portante. Mais en rentrant chez elle, elle eut les pieds mouillés et éprouva de vives contrariétés; aussi elle se plaignit le même jour de frissons irréguliers, de malaise et de douleurs hypogastriques. Il y eut de la fièvre et quelques vomissemens. Elle entra à l'Hôtel-Dieu le 14 février, cinquième jour de la maladie.

Cette femme, d'une constitution assez forte, a le facies calme; sa langue est blanche, humide; elle a la bouche amère, des envies continuelles de vomir, et, depuis hier, elle a un léger dévoiement sans coliques; les lochies, blanchâtres, coulent encore un peu. Le ventre est flasque, indolore, excepté à l'hypogastre et surtout dans la fosse iliaque gauche; dans cette dernière région la main découvre une tumeur du volume d'une petite orange, mate, non bosselée, très dure et très douloureuse, immobile, n'ayant aucun rapport avec l'utérus, dont le sommet est au niveau du pubis. Le pouls est à 120, petit; la chaleur est douce (40 sangsues).

Le 15, mêmes symptômes généraux; la tumeur a augmenté d'un cinquième ou d'un quart; mais les douleurs n'y sont pas plus vives: elle se prolonge presque sur la ligne médiane; il y a quelques élan-

(1) Grisolle.

cemens très douloureux dans le tiers supérieur et interne de la cuisse gauche, sans changement de couleur à la peau, et diminuant parfois légèrement sous la pression. Pour la première fois la malade accuse une sensation de froid dans la jambe et le pied gauches : la main perçoit une diminution sensible dans la température du membre comparée à celle du côté opposé; de l'œdème existe autour des malléoles de la jambe gauche. Les deux artères crurales étant pressées avec les doigts de la même manière et simultanément, il est évident que dans la gauche le pouls est moins ample, moins développé qu'à droite, et à cinq ou six reprises différentes, le choc du sang est perçu à droite avant de l'être à gauche. La cuisse du côté malade est légèrement fléchie et ne peut être amenée à une extension complète (30 sangsues).

L'écoulement du sang est considérable; le soir il y a une diminution notable de la tumeur; la température est égale dans les deux membres inférieurs; les artères crurales ont des pulsations égales et parfaitement isochrones; l'œdème, les élancemens et la raideur persistent. Pouls à 112.

Les 16 et 17, état stationnaire (Bain; gomme ; catapl.; diète).

Du 18 au 25, le pouls varie de 112 à 120 ; la tumeur, à peine douloureuse, n'a plus que le volume d'un œuf de poule. La rétraction et l'œdème cessent peu-à-peu. Les élancemens ont cédé le 22. Il y a tous les jours deux selles liquides; la bouche est amère, la soif médiocre, l'urine safranée, et une suffusion ictérique est répandue sur les sclérotiques, aux ailes du nez et à la face antérieure du thorax (Frictions avec onguent mercuriel, deux gros par jour, bains tous les deux jours, cataplasme, bouillon.)

Le 5 mars il n'y a plus d'ictère; le dévoiement a cessé ; la malade digère des potages; pouls à 80. La tumeur, toujours dure, située à un demi-pouce au-dessus et en arrière de l'arcade crurale, a peu diminué.

Le 12, on cesse les frictions mercurielles, à cause d'une légère stomatite, qui cède après trois jours à l'emploi d'un collutoire d'acétate de plomb et de laudanum.

Du 15 au 25, l'appétit revient, mais la malade reste faible; presque toutes les nuits elle a quelques sueurs peu abondantes sans fièvre; la fosse iliaque est toujours le siége d'une tumeur

dure, mate, non bosselée, ayant le volume et la forme d'une pomme d'api; le pouls est à 66, peu résistant (Bains; le quart).

Les 26 et 27, j'examinai les selles pour la première fois, et je vis sur les matières molles qui étaient rendues, des stries blanchâtres et des globules opaques, épars çà et là, dans lesquels je crus reconnaître du pus.

Le 28, je n'en retrouvai pas; mais, le 29, je découvris dans les selles, et réuni en un seul point, un pus blanc, crêmeux, bien lié, dont j'évaluai la quantité à une once environ; la tumeur avait diminué d'un quart depuis la veille, et, la nuit d'après, il n'y eut plus de sueurs. Les jours suivans, les selles ne présentèrent plus trace de pus, et la malade sortit le 4 avril, encore faible, n'éprouvant plus de douleur, mais conservant encore dans la fosse iliaque une induration tout-à-fait immobile et indolente, offrant une surface d'un pouce.

Dans le courant de l'année 1835, j'ai revu cette femme plusieurs fois; elle n'a plus éprouvé de nouveaux accidens. Mais j'ai négligé d'explorer son ventre pour m'assurer si elle conservait encore quelque reste de l'ancien engorgement.

Cette observation est surtout remarquable par un symptôme que nous voyons pour la première fois : le refroidissement du membre correspondant à la tumeur, en raison de l'affaiblissement de la circulation artérielle, effet de la compression exercée par la tumeur sur l'artère. On aurait pu croire à une artérite par contiguïté; mais la cessation de la gêne de la circulation artérielle aussitôt que la tumeur eût diminué, prouve qu'il n'en était pas ainsi.

35ᵉ Obs. — *Phlegmon et phlébite iliaques, suites de fièvre puerpérale purulente; recueillie par M. Ambroise Tardieu* (1).

La nommée Ribaille (Félicie), née Guerland, joigneuse, âgée de 38 ans, est accouchée à la Maternité, il y a six semaines, de son septième enfant. Elle a toujours eu une bonne santé et se portait

(1) *Journal des conn. méd. chir.*, 1841.

très bien pendant sa grossesse. Le travail a été prompt et s'est terminé en trois douleurs. S'il faut l'en croire, la sage-femme a détaché le placenta en introduisant la main dans la matrice. Sortie de l'hospice au bout de quatre jours, souffrant déjà dans le ventre, elle est retournée chez elle sans appétit, sans forces, pour faire son ménage. A cet état, est venue se joindre la douleur de perdre un de ses enfans, âgé de 2 ans 1/2. Les lochies, qu'elle est habituée à voir couler six semaines, ont cessé cette fois au bout de quatre jours. Elle n'avait pas de lait et maigrissait notablement. L'enfant qu'elle allaite s'en est ressenti; il pesait en naissant 4 kilogr. 1/2, et il a beaucoup perdu depuis ce temps. Elle avait du dévoiement, de la fièvre, la bouche amère et des envies de vomir continuelles qu'elle n'apaisait qu'en prenant de l'eau de Seltz. C'est alors qu'elle s'est fait apporter à l'hôpital Cochin, le 15 janvier 1840. Examinée le lendemain, elle se présente avec les symptômes suivans :

Premier jour. — Prostration générale. Anxiété, expression de douleur dans la physionomie. Pommettes colorées. Faiblesse extrême. Lèvres sèches. Pouls fréquent, vibrant. Battemens du cœur forts et accélérés, sans bruit anormal. Respiration haute, anxieuse; inspiration courte et sifflante, expiration brusque; aucun râle. Frissons répétés sans sueur. Peau chaude et sèche. Pupilles très dilatées. Langue sèche, aride, rouge. Bouche mauvaise et douloureuse. Douleur à l'épigastre. Vomituritions. Lypothymies. Sensibilité excessive dans le flanc droit et sur le trajet du colon. Rénitence, sans gargouillement. Diarrhée. Le membre inférieur droit, la jambe surtout, est le siége d'une tuméfaction très marquée et d'une douleur très vive qui s'étend de la hanche au pied. Le gonflement douloureux a paru quatre jours avant l'entrée de la malade à l'hôpital. Insomnie constante (Saignée. Lavement laxatif. Cataplasmes).

Deuxième jour. — Même état d'excessive faiblesse. Pouls moins fort et moins fréquent. Aridité toujours extrême de la bouche (frictions avec 60 grammes d'onguent mercuriel, gargarisme émollient). On lui retire son enfant, qu'elle n'est pas en état de nourrir.

Troisième jour. — Le pouls a pris du développement sans trop

de fréquence. Le ventre est moins douloureux. Il n'y a eu qu'une selle, et un vomissement peu abondant. La langue est un peu humide. Le soir, pupilles dilatées. Anxiété. Un peu de céphalalgie. Pouls déprimé. Douleurs vives dans la jambe. Râles muqueux dans la poitrine. Crachats muqueux expectorés avec peine.

Quatrième jour. — Pouls un peu relevé (84 puls.). Pas de douleur. Asthénie complète. Langue plus humide et moins rouge. OEil un peu moins abattu. Insomnie.

Cinquième jour. — Face terreuse. Pouls ralenti et déprimé. Douleur extrêmement vive à droite, au-dessus du ligament de Fallope, et profondément. L'œdème du membre correspondant est plus considérable. Il n'y a pas de changement de couleur à la peau, pas de tension, et aucune douleur quand on presse. Pas de douleurs de ventre, seulement de la pesanteur d'estomac et des vomituritions fréquentes.

Sixième jour. — La malade a vomi cette nuit. Même état, du reste. Il y a encore deux vomissemens dans la journée. Aucune douleur de ventre.

Septième jour. — Mouvement fébrile augmenté. Céphalalgie. Anxiété. Envie de vomir (Saignée du bras 250 g.). Le soir, il n'y a pas eu de vomituritions depuis la saignée. Le pouls est fort, mais une grande débilité domine l'état général. Soif. Pas de douleur.

Huitième jour. — Vomissement la nuit. OEdème douloureux. Pouls peu déprimé. Diarrhée. Toujours du frisson. Du reste même état (Décoction blanche. Lavement amidoné laudanisé. Potion gommeuse). Dans la journée, le pouls est moins fort. Vive douleur d'estomac (Eau de Seltz légèrement coupée de vin).

Neuvième jour. — Quelques vomissemens dans la nuit. Même abattement général. Les lavemens ont été gardés assez long-temps. Douleur vive au-dessous de l'arcade crurale droite (Potion laudanisée, eau de Seltz).

Dixième jour. — Même état ; peut-être un peu d'amélioration ; le pouls est plus calme ; la peau chaude.

Onzième jour. — Exacerbation extrême. Le matin, des douleurs de ventre. Langue redevenue sèche et rouge. Plus de dévoiement. (50 sangsues sur le ventre.) Le soir, un peu moins de douleur. Langue fendillée.

Douzième jour.—Les membres inférieurs ne sont plus douloureux; aspect de la face meilleur; la langue n'est plus rouge ni sèche comme hier; elle est blanche; le pouls est mieux.

Treizième jour.—Épanchement considérable dans le péritoine; langue sèche, fendillée, brunâtre (Frictions avec 60 grammes d'onguent napolitain, et baume tranquille).

Quatorzième jour.—Grand abattement; toux; pouls faible, déprimé; plusieurs vomissemens dans la journée.

Quinzième jour.—Vomissemens continuels durant la nuit; plus de selles (Demi-lavement émollient, glace dans la bouche).

Seizième jour.—L'usage de la glace n'apaise pas les vomissemens; il n'y a pas eu de selles; pas de douleurs dans l'abdomen, qui est toujours distendu par un liquide; pouls petit; abattement extrême; douleur très vive à la région épigastrique; râle trachéal; décomposition des traits (Lavement purgatif, glace, potion laudanisée, friction d'onguent mercuriel sur le ventre, et d'huile de croton à l'épigastre). La malade expire à 3 heures, au milieu de ce formidable cortége de symptômes.

Autopsie. Région inguinale: tout le tissu cellulaire de la région inguinale est infiltré d'une énorme quantité de pus; les ganglions sont compris dans cette masse purulente.

Système veineux: la veine cave est vide et revenue sur elle-même dans toute la région dorso-lombaire; au niveau du sacrum elle contient un caillot adhérent, immédiatement au-dessous duquel ses deux divisions plongent dans un foyer purulent; dont le muscle psoas fait partie; le plexus lombaire est disséqué par la suppuration, qui a détruit une partie des fibres musculaires; la veine fémorale, au-dessous du pli de l'aine, est entièrement oblitérée par un caillot ramolli au centre et contenant du pus.

Cavité abdominale: épanchement séro-purulent dans le péritoine, qui est d'ailleurs peu injecté sur les circonvolutions intestinales, tandis qu'il l'est fortement sur l'épiploon; la rate est volumineuse, de consistance normale, de couleur rosée, tachetée de brun; le foie présente sur la portion gauche de sa face convexe une épaisse fausse membrane; la vésicule biliaire est très distendue; le rein droit est plus volumineux que de coutume, ramolli; la tunique péritonéale s'en détache très aisément, et une arborisation pâle se dessine à sa surface; le gauche, plus vo-

lumineux, présente les mêmes altérations, et, de plus, des ecchymoses disséminées à sa superficie.

Cavité thoracique : le cœur gauche renferme un caillot fibrineux décoloré ; le droit, un énorme caillot dont une portion est décolorée.

Engouement considérable du poumon gauche en arrière ; le droit est revenu sur lui-même, et couvert de fausses membranes.

Le membre inférieur droit est le siége d'un œdème considérable.

Cette observation nous intéresse spécialement par la complication de la phlébite, et par la circonstance étiologique de la main introduite dans la matrice par la sage-femme, pour retirer le placenta. Dans la symptomatologie, la péritonite a dominé.

36e Obs. — *Abcès du ligament large ouvert artificiellement et avec succès par le vagin* (1).

Une femme de trente ans, mal portante, et souffrant souvent du ventre depuis huit ans, c'est-à-dire depuis une couche à la suite de laquelle elle a eu une inflammation du bas-ventre, entre, le 12 juin 1841, à la Maison royale de santé. Il y a un mois, sans cause connue, douleurs très vives dans le côté droit du ventre, avec pesanteur sur le siége, constipation et envies fréquentes d'uriner. L'état général est des plus mauvais. La malade, pâle, maigre, est très affaiblie.

On reconnaît dans le côté droit de l'hypogastre une tumeur douloureuse, du volume d'une orange, qui descend en arrière et sur le côté correspondant de l'utérus. Correspondance de fluctuation entre le bas-ventre et le vagin, dans lequel la tumeur fait une saillie très prononcée.

Le 14 juin, M. Monod pratique une ponction sur la paroi postérieure du vagin, à l'aide d'un bistouri garni convenablement. Il ne s'écoule d'abord qu'une petite quantité de pus mélangé de sang ; mais ensuite il sort de la matière purulente pure et en

(1) Bourdon. *Revue médicale*, 1841.

abondance. Prompt soulagement; cinq ou six jours après, l'ouverture s'étant fermée, les souffrances du ventre augmentèrent, et la fluctuation reparaissant, on pratiqua une nouvelle ponction. Plus tard, on introduisit, deux jours de suite, une sonde de caoutchouc dans la plaie pour l'empêcher de se fermer (Observation inachevée).

Quoique incomplète, cette observation nous fournit un enseignement. Il paraît certain que la première ouverture était trop petite; aussi s'est-elle cicatrisée, et a-t-il fallu recommencer. L'invasion datait de huit ans.

37[e] Obs. — *Abcès dans la paroi postérieure de la matrice; incision par le vagin; guérison* (1).

Chez une autre femme, l'abcès s'était développé à la suite d'un accouchement laborieux terminé par le forceps. Quinze jours après la délivrance, la femme se plaignit de douleurs sourdes vers le sacrum, et d'un sentiment incommode de pesanteur sur le rectum. M. Duparcque sentit le col utérin déjeté en avant, et la paroi postérieure saillante, arrondie au fond du vagin, et présentant de la fluctuation. Alors il pratiqua une incision sur ce point, à l'aide d'un bistouri droit. Il s'écoula un verre environ de pus consistant et légèrement rougeâtre. La malade fut promptement rétablie.

Il n'est pas certain que l'abcès eût son siége dans la paroi postérieure de l'utérus. Nous croyons voir là un abcès du tissu cellulaire du cul-de-sac recto-vaginal.

38[e] Obs. — *Abcès du ligament large, ouvert artificiellement par le vagin, et en travers des parois abdominales; guérison* (2).

La nommée Lassigne, 20 ans, brossière, entre, le 1[er] février 1840, à l'Hôtel-Dieu. Elle est accouchée heureusement, il y a cinq semaines, de son premier enfant. Depuis ce temps elle a

(1) Bourdon.
(2) Bourdon.

souffert du ventre, et s'est aperçue qu'une tumeur se formait dans le bas-ventre à droite. Fièvre, frissons, vomissemens.

A son entrée, elle est pâle, ses yeux sont excavés; frissons irréguliers dans le jour; sueur pendant la nuit; pouls petit et fréquent; douleur pendant la défécation et l'émission des urines; tumeur dure et résistante, du volume d'une grosse pomme, dans le côté droit de l'hypogastre. Par le vagin, on trouve de la fluctuation à droite et en arrière du col de l'utérus. M. Récamier pratique immédiatement une incision antéro-postérieure sur ce point, aucune pulsation n'indiquant la présence d'une artère. Un flot abondant de pus de bonne nature s'écoule (Injections dans le foyer, bains, cat.).

Le lendemain, la malade se trouve très bien; cependant, le pouls reste fréquent, l'émission des urines douloureuse; une sensibilité vive persiste dans le côté droit de l'hypogastre. La tumeur du côté du vagin diminue considérablement, ainsi que la quantité de la suppuration; mais on sent toujours de la résistance vers la fosse iliaque.

Le 26, une tumeur fait saillie à l'aine, au-dessus du ligament de Fallope, et devient le siége de vives douleurs avec élancemens et pulsations. Le moindre mouvement du membre inférieur droit, et surtout son extension, augmentent beaucoup les souffrances.

Le 27, on reconnaît de la fluctuation à l'aine; sueurs nocturnes abondantes; fièvre continue. L'ouverture du vagin est cicatrisée.

Le 29, deux morceaux de potasse caustique sont appliqués sur le point saillant et le plus déclive de la tumeur. Le lendemain on fend l'eschare, et on place dans la plaie deux nouveaux fragmens de potasse.

Le 2 mars, M. Récamier incise dans le fond de la solution de continuité obtenue par le caustique, et donne issue à une grande quantité de pus séreux, qui répand une odeur fétide fortement alliacée.

Immédiatement après cette nouvelle opération, il y eut un soulagement remarquable : les mouvemens du membre inférieur cessèrent promptement d'être douloureux.

Le 25 mars, l'ouverture était oblitérée.

Ce qui nous frappe surtout, dans ce cas, et ce qu'il faut re-

tenir, c'est la formation d'une tumeur à l'aine, nonobstant l'ouverture faite par le vagin.

39e Obs. — *Abcès situé entre la vessie et l'utérus; ouverture spontanée dans la cavité abdominale; péritonite suraiguë; mort; autopsie* (1).

Une femme de 21 ans, bonne santé habituelle, accouchée naturellement il y a quinze jours, a éprouvé, le cinquième jour de ses couches, sans cause connue, des frissons, de la fièvre, et une perte très abondante, en même temps que les seins, d'abord gonflés, étaient devenus promptement flasques. Bientôt, douleurs vives dans le ventre, où la malade découvre une grosseur sensible à la pression. Entrée à l'hôpital.

Faiblesse, fièvre, constipation sans nausées ni vomissemens. On trouve dans l'hypogastre une tumeur douloureuse occupant tout le côté droit, et on s'assure que le col utérin est très élevé (Deux petites saignées à un jour de distance; catap., frict. merc., huile de ricin). Les jours suivans, un peu d'amélioration. Le quatrième jour, la tumeur parut diminuée, et tout-à-coup, dans l'après-midi, il survint des symptômes de péritonite suraiguë. Mort au bout de quarante-huit heures.

A l'autopsie, on trouva le péritoine viscéral d'un blanc laiteux; le feuillet pariétal offrait une teinte opaline; l'épiploon, très friable, présentait plusieurs points d'une couleur pourpre. Dans la cavité péritonéale, il existait un liquide louche, ressemblant à du petit-lait mal clarifié. Les intestins, agglomérés en masse, étaient maintenus en place par l'épiploon, et leurs anses lâchement unies par de faibles adhérences. La membrane muqueuse intestinale était pâle et les follicules isolés développés. On examina avec soin la tumeur qui plongeait dans l'excavation pelvienne, et on reconnut qu'elle la remplissait presque complétement. Le cœcum et les portions voisines de l'intestin venaient y adhérer. L'épiploon se fixait à sa partie antérieure, et derrière ces adhérences, on apercevait sur la tumeur une ouverture ovalaire ayant environ 2 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur. Le pourtour de l'orifice était tapissé par des

(1) Bourdon.

séreuses membranes, et c'est là surtout que les traces de péritonite étaient prononcées. Cette perforation faisait communiquer la cavité du péritoine avec un abcès du volume d'une grosse pomme. Le foyer contenait environ un verre de pus séreux tenant en suspension des flocons blanchâtres, et sa face interne était tapissée par une membrane qui représentait bien une membrane pyogénique. Les parois, épaisses de plusieurs millimètres, avaient une structure lardacée, presque cartilagineuse en divers points. La cavité de l'utérus, pouvant loger une noix, renfermait une petite quantité de sang. La face interne de cet organe était inégale, rugueuse. Ses parois étaient épaisses, et l'antérieure se confondait, au niveau du col, avec la tumeur, dont elle formait comme la paroi postérieure. Le col utérin était effacé, et son orifice externe déchiqueté, irrégulier. Le vagin dilaté avait des parois minces. La vessie, très pâle à sa face interne, présentait cependant quelques points ecchymosés. Le tissu cellulaire qui l'environne était infiltré de sérosité, de même que les ovaires. Quant aux autres organes, ils étaient, pour la plupart, anémiés et œdématiés.

Amélioration décevante! Pendant que le médecin pouvait croire à l'efficacité de son art, la nature, impatiente, travaillait à se débarrasser aux dépens des jours de la malade. Peut-on se reprocher de ne l'avoir pas devancée? Ce cas est important sous le rapport de l'anatomie pathologique.

40ᵉ Obs. — *Abcès du ligament large; incision pratiquée à l'hypogastre; huit jours après, ouverture spontanée de la tumeur dans la cavité abdominale; péritonite; mort. Autopsie* (1).

Une femme de 26 ans accoucha naturellement à la Maternité, le 21 mars 1841. Dès le surlendemain, elle fut prise de dévoiement et d'une douleur très vive dans le bas-ventre (Saignée). Les jours suivans, il y eut un peu de mieux, et la malade sortit de l'hôpital encore très souffrante. Dès son arrivée chez elle, frissons, nausées, vomissemens et douleurs dans l'émission des urines. Elle entra

(1) Bourdon.

avec ces symptômes, le 3 avril, à l'Hôtel-Dieu : ventre très sensible à l'hypogastre; l'utérus dépasse les pubis d'environ 5 centimètres. Le toucher vaginal produit de vives douleurs, quand on presse sur le museau de tanche, et sur l'utérus. La pression exercée sur le fond de la vessie est douloureuse; il y a un peu d'écoulement blanc sans odeur. Le pouls est à 100; diarrhée; toux et crachats muqueux (Sangsues, ventouses scarifiées, bains, cat.).

Le 7, on constate, dans le ligament large gauche, la présence d'une tumeur grosse comme une pomme, dure, régulière et douloureuse (Sangsues, cat., calomel, frict. merc.).

Quelques jours après, il survint des battemens et des élancemens dans la tumeur, qui se dessina à l'hypogastre. Le 25, on y sentit une fluctuation manifeste.

La suppuration ne se déversant pas du côté du vagin, on fait une application du caustique de Vienne sur la tumeur. Incision dans le fond de l'eschare; il sortit environ un verre et demi de pus bien lié, mais répandant une odeur légèrement alliacée. Une mèche dans l'ouverture. Quelques jours après l'opération, le pus ayant pris une odeur fétide, on fit des injections d'eau tiède dans le foyer. Le 10 mai, à peine une cuillerée de liquide était-elle arrivée dans la cavité, que la malade éprouva des douleurs très vives dans le ventre. Péritonite aiguë, puis chronique. Mort le 30 mai.

Autopsie. Dans l'abdomen, les intestins sont pelotonnés, adhérens entre eux, avec les organes voisins et la paroi antérieure du ventre au moyen de fausses membranes. Le péritoine est presque partout d'un gris ardoisé, et le tissu cellulaire sous-séreux est injecté. Il y a un épanchement péritonéal assez abondant formé par un liquide séro-purulent d'une couleur grisâtre, sale, dans lequel nagent des flocons de diverses formes, des portions de pseudo-membranes. On trouve même, entre les intestins agglomérés, au milieu des adhérences, un assez grand nombre de foyers purulens. L'un d'eux, pouvant loger un œuf de poule, communiquait avec le thorax à travers une perforation du diaphragme. Un autre à-peu-près de la même capacité, placé dans le cul-de-sac recto-vaginal, s'ouvrait dans le rectum. Enfin on trouva, dans la partie supérieure du ligament large gauche, la tumeur qu'on avait reconnue et incisée

pendant la vie. Elle a le volume d'une moyenne pomme et renferme quelques cuillerées d'un pus grisâtre. Ses parois, épaisses de 3 millimètres, offrent à leur face interne un aspect de membrane muqueuse et une teinte gris foncé. Ses rapports sont les suivans. En dedans elle répond au bord gauche de l'utérus, qui est fortement incliné du côté droit, et à la collection purulente anti-rectale ; en dehors, à la fosse iliaque gauche; sa paroi inférieure est formée en grande partie par la trompe et l'ovaire abaissés fortement (la face supérieure de ces organes qui est baignée par le pus présente la teinte de ce liquide et un léger degré de ramollissement); la paroi supérieure de la tumeur est en rapport avec le péritoine doublé de fausses membranes; l'antérieure répond au côté gauche de l'hypogastre, et on constate qu'elle a contracté des adhérences très épaisses et très solides avec la face postérieure de la paroi abdominale, au niveau de l'eschare. Dans aucun point de ces adhérences qui entourent l'ouverture pratiquée, on ne trouve le moindre décollement, le plus petit pertuis. Le foyer en arrière est appuyé sur le rectum, avec lequel il a des adhérences partielles. Sur cette paroi postérieure recouverte de fausses membranes et un peu supérieurement, on découvre une perforation à bords amincis, ulcérés, du diamètre de 3 centimètres au moins, qui permet au liquide purulent de l'abcès de s'épancher dans le péritoine. L'utérus n'offre pas de lésion. La seule altération que présente le vagin, c'est une coloration rouge-brun de la membrane muqueuse. Rien d'anormal dans les autres organes.

Ainsi, malgré l'ouverture par le caustique, il se fit une perforation de la tumeur dans le péritoine. Mais ce qui est plus remarquable et plus fâcheux, c'est qu'elle paraît s'être opérée ou du moins achevée par l'effet de l'injection. Anatomie pathologique très importante.

41e Obs.—*Abcès siégeant dans la paroi recto-vaginale ; incision pratiquée par le vagin ; guérison* (1).

Une femme de 23 ans, d'une bonne constitution, s'étant refroi-

(1) Bourdon.

die après un accouchement, fut prise de métro-péritonite. Traitement antiphlogistique énergique. A peine convalescente, la malade voulut reprendre ses occupations. Rechute. Cette fois, on trouve dans le petit bassin une tumeur dure, sensible, du volume d'une grosse pomme, placée entre le rectum et le vagin.

Bientôt la suppuration se décèle par la fluctuation, que l'on perçoit en touchant par le vagin et par le rectum en même temps. La tumeur fait une très forte saillie dans cet intestin, et la constipation est opiniâtre.

Incision de la tumeur au travers de la paroi postérieure du vagin ; il sort une grande quantité de pus. Soulagement ; injections dans la cavité. Dix jours après l'opération, la malade commence à se lever. Guérison.

Encore le froid pour cause. La constipation, effet de la compression de l'intestin par la tumeur, ou du moins très explicable de cette manière, mérite attention.

42e Obs. — *Abcès du petit bassin pris pour une affection cancéreuse de l'utérus; incision de la tumeur devenue très volumineuse, sortant par la vulve, et présentant une fluctuation manifeste; suppuration abondante; mort; autopsie* (1).

M. Nathalis Guillot reconnut, chez une femme de 25 ans, une tumeur proéminant fortement dans le vagin et remontant jusque dans le côté droit de l'hypogastre; elle était élastique, et l'on crut même y sentir de la fluctuation.

Un chirurgien l'avait prise, et la prenait encore pour un cancer. Elle grossissait tous les jours, et devenait de plus en plus saillante dans le vagin ; enfin elle sortit par la vulve, et l'examen étant alors des plus faciles, la fluctuation fut évidente. On fit l'ouverture sur la partie déclive de la tumeur, au-dehors des organes génitaux. Il s'écoula à l'instant une grande quantité de pus, et on fut obligé de reconnaître dans cette tumeur un abcès ou un kyste en suppuration.

L'opération, très simple, fut faite sans accidens ; mais, par la suite, la tumeur suppura beaucoup et long-temps ; la femme s'affaiblit progressivement, et mourut.

(1) Bourdon.

L'autopsie permit de constater que le kyste était placé dans le ligament large droit, et fit présumer qu'il avait pris naissance dans l'ovaire correspondant.

On ignore si cette tumeur était une suite de couche. Nous ne la rapportons pas moins, à cause de l'erreur de diagnostic à laquelle elle donna lieu, et du point où elle vint se produire.

ARTICLE II. — Faits nouveaux.

43e Obs. — *Tumeur de la fosse iliaque droite s'étant ouverte dans le rectum* (1).

La nommée Biset, âgée de 21 ans, entre, le 30 août 1841, à la Clinique de la Faculté. Santé habituelle bonne; tempérament un peu lymphatique; très blonde; bien réglée tous les mois depuis l'âge de 15 ans; primipare. Elle a éprouvé pendant sa grossesse de la gastralgie et des vomissemens au début, des étourdissemens fréquens, quelques lipothymies.

Accouchement spontané le 30 août à 10 heures 1/2 du soir, après un travail de 40 heures, une heure après la rupture des membranes. Fille faible pesant un peu plus de 2 kilog. Cette femme se disait à terme, mais sans pouvoir donner de renseignemens précis.

31 août, 12 heures après l'accouchement. La nuit a été bonne : calme général; ventre un peu météorisé, mais non sensible; le fond de l'utérus est au niveau de l'ombilic; lochies assez abondantes; urines faciles.

1er septembre. Elle a éprouvé des douleurs abdominales pendant la nuit, de la céphalalgie, de l'agitation; elle n'a pas dormi, et elle a été brûlante.

Le matin, il y a de la fièvre. Pouls fort, développé; céphalalgie assez vive; ventre sensible à une très légère pression dans la zone sous-ombilicale, principalement à gauche. Des douleurs intermittentes traversent ces parties; le plus léger mouvement

(1) Ce fait et tous ceux qui suivent nous ont été communiqués par notre ami M. Bouchut, qui les a recueillis dans le service de M. le professeur Trousseau.

les réveille; respiration peu fréquente, grande; langue assez humide, couverte d'un enduit peu épais, blanc; peu de soif; lochies moins abondantes que la veille (Saignée de 350 gram.; 30 sangsues sur le ventre; gomme sucrée; diète).

5 heures du soir. La malade se trouve un peu mieux. Le ventre est un peu moins sensible à la pression; les douleurs sont plus rares. Le sang tiré le matin offre une couenne opaque d'un quart de ligne d'épaisseur; caillot rétracté, s'enlevant d'une pièce; pouls à 120, assez résistant; peau chaude; l'émission de l'urine ne peut être opérée (Cathétérisme).

2. Pouls à 112; peau moins chaude; sommeil assez tranquille. La pression détermine encore un peu de douleur en bas et à gauche seulement. Tranchées utérines légères; respiration plus calme; un peu de céphalalgie; figure naturelle; l'émission de l'urine est impossible; seins flasques; langue un peu sèche à la pointe; soif; anorexie; lochies un peu plus abondantes que la veille (Gomme sucrée; cataplasme; opium 5 centigra.; lavement; diète).

3 et 4. La malade accuse un sentiment de faiblesse. La langue, un peu sèche, devient légèrement fuligineuse. Quelques douleurs sourdes et profondes dans les membres. Le ventre, toujours un peu ballonné, conserve une légère sensibilité dans les fosses iliaques; on observe quelques sudamina à sa surface. Emission de l'urine naturelle mais difficile; peau chaude, humide; pouls à 100 : le soir il monte à 112; rêvasseries pénibles (Opium 5 centigr.; gomme sucrée; une bouillie).

Le 5 et le 6, il y a un mieux sensible; le pouls descend à 90 et 72; peau presque fraîche; la langue se nettoie; ventre moins sensible; son volume qui n'a rien de très extraordinaire diminue. Rêves pénibles pendant le sommeil. Le cathétérisme redevient nécessaire (Une bouillie; une pomme cuite; gomme sucrée; cataplasmes).

7 septembre. Vers midi la malade éprouve un frisson général d'une demi-heure environ, auquel succède une vive réaction.

A 5 heures du soir, le pouls est à 116, assez large, mais dépressible; la peau est chaude; la respiration fréquente sans toux; la figure, pâle, offre des injections par plaques; des douleurs continues sont ressenties le long des membres inférieurs. La sensibilité du

ventre vers la région inférieure, est augmentée depuis le frisson; la langue n'est pas chargée, mais elle est plus sèche; la soif est vive; la bouche pâteuse. Il n'y a eu ni émission d'urine, ni émission de matières fécales; point de nausées ni de vomissemens; légère somnolence.

8 septembre. La région iliaque droite offre une vive sensibilité à la moindre pression; une douleur sourde, continue, s'y fait sentir; le ventre n'est pas plus développé que les jours précédens; une légère sensibilité existe à gauche; il n'y a cependant que 104 pulsations; la peau est moins chaude; les injections partielles du visage ont disparu; les douleurs lancinantes des membres inférieurs aussi.

La malade a eu trois selles liquides; émission spontanée de l'urine (Quinze sangsues à droite; 1/4 de lavement laudanisé à 12 gouttes; cataplasme; diète).

Dans les journées du 8 et du 9, l'état précédent persista; une selle liquide seulement; nouvelle rétention d'urine.

Le 10 septembre, à l'heure de la visite, la malade commençait à éprouver un frisson vers le dos, s'irradiant de là vers les membres; la peau était pâle, contractée; le pouls à 108; la région iliaque droite beaucoup plus douloureuse que les jours précédens; rétention d'urine; une selle liquide (Quinze sangsues à droite; diète; cataplasme).

A cinq heures du soir, peau très chaude; pouls à 120, dépressible, un peu saccadé; face pâle, légèrement altérée; respiration fréquente (40), anxieuse, plaintive; oppression prononcée; elle était encore plus prononcée dans le courant de la journée; douleurs très vives dans la fosse iliaque droite.

Le 11 et le 12 septembre, le pouls descend à 106 et 92; la peau devient presque fraîche; respiration facile sans oppression; la douleur de la région iliaque droite a presque disparu; la figure, plus naturelle, est très pâle; grande faiblesse; une à deux selles liquides par jour; il faut recourir au cathétérisme (Onguent mercuriel 40 grammes en frictions sur le ventre; bouillon; sirop de groseille; pomme cuite).

Les 13 et 14, dans la matinée, à-peu-près le même état; mais, vers le soir, la fièvre augmente; de nombreuses selles liquides ont lieu et s'accompagnent de coliques violentes, avec oppres-

sion très prononcée, et sueur froide sur tout le corps. Ces accidens sont calmés par des sinapismes aux pieds, et par un lavement laudanisé (12 gouttes). Le ventre présente dans la fosse iliaque droite un engorgement assez dur, moins sensible que les jours précédens, et qui s'élève dans le flanc jusqu'à la hauteur de l'ombilic (40 gram. onguent mercuriel; lavement laud.; un bain; un bouillon; confitures).

Les 16 et 17, l'engorgement de la fosse iliaque droite est assez développé pour faire légèrement bomber la partie correspondante des parois abdominales; une pression modérée n'y détermine pas de douleur; le pouls est entre 84 et 96; la peau presque fraîche; faiblesse générale; figure pâle; insomnie; les gencives sont un peu douloureuses, sans tuméfaction; haleine un peu fétide; émission spontanée de l'urine; un peu de diarrhée (Bain; gargarisme acidulé; confitures; lavement; crême de riz).

Le 17, dans la soirée, l'engorgement a diminué; il ne se dessine plus à travers les parois du ventre, qui est à peine sensible; plusieurs selles liquides, qui n'ont pas été examinées, précédées de coliques; pouls à 92 pulsations; salivation modérée (Même traitement).

Le 18, même état; l'engorgement est encore plus affaissé; deux selles liquides et *purulentes*, d'après les renseignemens fournis par la fille de service (Ces renseignemens ont d'autant plus de valeur, qu'une autre malade était couchée dans la même salle, affectée de la même maladie, et ayant également des selles purulentes qui nous furent représentées; c'est la même fille qui était chargée de conserver les garde-robes de ces deux malades).

Malgré nos instances, la malade voulut sortir le 19, dans la matinée. Le 21, elle fut visitée, rue du Croissant, par M. Lesueur. Les selles n'avaient pas été gardées. L'engorgement tout-à-fait indolent avait beaucoup diminué. L'utérus s'élevait encore à 2 pouces au-dessus du pubis. Le pouls était toujours un peu fréquent; la salivation persistait.

Pas de cause occasionnelle autre que l'accouchement. La formation de l'abcès disparaît, en quelque sorte, sous l'état

général. On a tout lieu de penser que le foyer s'ouvrit dans l'intestin. Du reste, l'observation est incomplète. Telle quelle, elle fait songer à la médication si active de nos devanciers, de Puzos surtout.

44[e] Obs. — *Péritonite puerpérale; abcès intra-péritonéaux; abcès ovarien; mort.*

Isménie Blanchet, vingt-deux ans, domestique, primipare, accouchée le 15 mars, sortit de la Maternité cinq jours après son accouchement. Il régnait dans cet hôpital une épidémie de lymphite et de phlébite puerpérales. Elle souffrait déjà du ventre et de la poitrine, avait continuellement la fièvre sans frissons, et de la dyspnée. Elle resta vingt-deux jours chez elle, dans la même position, et se décida à entrer à l'hôpital, le 12 avril. Elle était haletante, très anxieuse; corps généralement œdématié; ventre gros, peu douloureux; la respiration, haute et fréquente, s'accompagnait d'un peu de râle sibilant; pouls à 84; pas de lochies; la sécrétion du lait a beaucoup diminué (Une saignée). La bouffissure est moindre; la dyspnée aussi; l'appétit revient.

On la trouve, un matin, toute décolorée, respirant à peine, dans un état d'orthopnée extrême; pouls misérable, très irrégulier; douleur très vive du ventre, qui est fort gonflé et rempli de liquide (Frictions sur l'abdomen avec de l'onguent napolitain; 30 grains de poudre d'ipécacuanha).

Le lendemain, amélioration considérable; plus de dyspnée; douleur moindre; le ventre seul reste gonflé; cette femme demande des alimens (On continue les frictions; deux jours après, une nouvelle dose d'ipécacuanha).

22 avril. Les accidens reparaissent très violens après une émotion morale vive, puis se dissipent pour reparaître avec une sorte d'intermittence, à un jour d'intervalle.

Le 30, face bouffie, légèrement violacée; lèvres décolorées; dyspnée; toux fréquente.

Le soir, la malade se levait sur son séant, puis se laissait tomber sur son lit; elle étendait les bras de tous côtés pour donner des points d'appui à ses muscles respirateurs (On applique deux sinapismes aux jambes, qui dissipent ces phénomènes).

1er mai. La nuit, quoique fort agitée, a été plus calme que la soirée; ce matin la dyspnée est encore assez forte, mais n'approche pas de ce qu'elle était hier; face pâle, violacée; extrémités froides; pouls irrégulier, petit, 150; vomissemens cette nuit; diarrhée.

2. Agitation et cris durant toute la nuit; dyspnée extrême; face anxieuse, livide, refroidie; extrémités froides; pouls irrégulier; vomissemens; diarrhée.

Le 3. Mort à deux heures.

Autopsie. L'abdomen est énormément distendu par les intestins remplis de gaz, et par le foie, qui a le double de son volume. Le diaphragme est considérablement refoulé en haut, de telle sorte que les cavités thoraciques ont perdu un tiers de leur hauteur.

La cavité abdominale est remplie de pus et de flocons albumineux jaune-verdâtre. Le péritoine est enflammé partout; on y observe de la rougeur, une arborisation vasculaire très riche et des fausses membranes.

Les anses intestinales sont adhérentes entre elles, et avec le mésentère: il en résulte des cavités circonscrites qui sont remplies de pus et qui paraissent plus altérées.

A la partie inférieure de l'abdomen, dans le petit bassin, se remarquent les altérations suivantes. A droite, sur la crête du détroit inférieur, existe une infiltration purulente du tissu cellulaire sous-péritonéal, et un gonflement énorme de celui qui est placé entre les feuillets du ligament large. Cette dernière partie est couverte de fausses membranes verdâtres, purulentes, et adhère au muscle psoas.

L'utérus n'a pas encore repris son volume. L'ovaire gauche est sain. L'ovaire droit est mou, fluctuant, très volumineux, et aussi gros qu'un œuf de poule. Tout son tissu est fondu en un liquide épais, crémeux, verdâtre, en un mot, converti en pus. Il ne reste plus que la coque fibreuse.

Cette observation offre un exemple d'altérations anatomiques très variées, et se recommande, au point de vue de l'étiologie, par l'influence épidémique, sous laquelle elles se développèrent.

45ᵉ Obs. — *Tumeur de la fosse iliaque gauche, suite de couches; guérison.*

Pauline Roblin, 20 ans, couturière, primipare, accouchée chez elle le 6 mars 1842. Le travail fut un peu pénible, mais se termina naturellement. Dès le lendemain, coliques fort vives; douleur dans la fosse iliaque gauche. La diarrhée s'établit, elle dura trois semaines; au bout de huit jours, fièvre revenant par accès, avec frissons et sueurs; douleurs lancinantes dans la fosse iliaque gauche; faiblesse; perte d'appétit. Elle entre à l'hôpital le 21 mars 1842.

Ventre gros, souple, douloureux à la région indiquée, où l'on voit une tumeur; diarrhée; faiblesse extrême.

Le 28 mars, on trouve dans la fosse iliaque un noyau circonscrit, dur, assez volumineux; il est le siége d'élancemens fort vifs, douloureux à la pression. Le ventre est souple, du reste; face pâle, endolorie; langue blanche; bouche amère. Pas de diarrhée.

Le 30, peu de sommeil. Douleurs lancinantes très fréquentes dans l'abdomen. La tumeur semble avoir un peu diminué; selles fréquentes, matières ordinaires; langue rouge; bouche naturelle; appétit; céphalalgie; peau chaude; pouls à 92; cette nuit, frissons suivis de sueur.

31. Pas de frissons; sueur cette nuit; ventre moins douloureux; selles ordinaires; la malade déclare positivement avoir rendu du pus, mais en petite quantité. La tumeur a considérablement diminué.

1ᵉʳ avril. Plus de tumeur circonscrite; on sent dans la fosse iliaque un noyau dur et irrégulier, douloureux à la pression et toujours le siége d'élancemens aigus; plus de frissons ni de sueur; cette nuit, agitation et insomnie causées par les douleurs lancinantes; bouche naturelle; appétit; diarrhée peu abondante; les garde-robes sont purulentes; peau bonne; pas de fièvre (Cataplasmes).

6. Le facies est excellent; la tumeur est réduite à un noyau dur, petit, mais encore très douloureux; pas de fièvre; bon appétit.

9. Plus de tumeur appréciable; le ventre est douloureux à l'endroit où elle existait. Exeat le 16.

L'abcès s'ouvrit dans l'intestin. Le noyau consécutif, puis la douleur dans le flanc gauche, nous eussent fait craindre une récidive. Tant qu'il subsiste de la douleur, on ne peut pas dire que la malade soit à l'abri d'un retour de l'état aigu.

46e Obs. — *Tumeur iliaque gauche, suite de couches ; résolution.*

Victoire Goney, trente-sept ans, ménagère, réglée à vingt ans, accouchée à la Maternité, il y a trois semaines. Le travail a été rapide et peu douloureux ; les suites de couches vont encore ; la sécrétion du lait s'est bien faite. L'enfant tète facilement.

Au quatrième jour de l'accouchement, fièvre, frissons ; le médecin prescrivit de l'ipécacuanha. Le lendemain, des douleurs de ventre se firent sentir et n'ont pas discontinué. Cette femme est sortie de la Maternité après neuf jours. Chez elle, elle a continué à souffrir, et à avoir de la fièvre. Tumeur occupant le bas-ventre, depuis l'épine iliaque inférieure gauche jusque un peu au-delà de la ligne blanche, s'enfonçant dans le bassin, et remontant jusqu'à six centimètres de l'ombilic. Elancemens au moment de l'émission des urines. Langue blanche, large ; mauvais goût ; pas de nausées ; constipation. Ventre sonore en dehors de la tumeur, qui est mate, pas douloureux. Peau moite ; frissons tous les jours, vers onze heures ; ils sont suivis de sueurs abondantes (30 grammes de sulfate de soude).

Selles abondantes. La malade se trouve soulagée ; elle dit ne souffrir qu'au moment de l'émission des urines.

15. Neuf ou dix jours après sa couche, cette femme s'est aperçue que sa jambe gauche s'enflait lorsqu'elle se levait ; l'enflure disparaissait immédiatement lorsqu'elle se couchait. Depuis qu'elle est à l'hôpital, la jambe s'est tuméfiée considérablement ; les veines superficielles de la jambe, depuis le milieu de la cuisse jusqu'au pied, se dessinent en traces bleues très apparentes. La jambe est tuméfiée sans œdème appréciable ; elle a 2 centimètres de circonférence de plus que l'autre membre (Cataplasme).

17. La tumeur est moins volumineuse et moins douloureuse que les jours précédens ; il reste néanmoins un peu de fièvre ; selles fréquentes depuis hier.

18. La jambe est moins tuméfiée, moins tendue ; elle n'est plus douloureuse à la pression ; les lochies sont abondantes ; ventre peu douloureux.

20 novembre. Exeat. La tumeur persiste dans la fosse iliaque gauche, mais elle est réduite à un petit volume et indurée ; la marche est toujours gênée, et la jambe encore plus volumineuse que l'autre.

Complication de tumeur iliaque et de *phlegmatia dolens*. Fièvre intermittente suppurative. L'observation est incomplète. La malade n'était pas guérie à sa sortie ; sa tumeur a pu se reproduire et s'abcéder.

47e Obs. — *Tumeur de la fosse iliaque gauche, suite de couches ; résolution.*

Catherine Henrion, 26 ans, cuisinière. Cette femme, primipare, accouchée, il y a trois mois, à la Maternité, pendant une épidémie de fièvre puerpérale, y séjourna treize jours après sa délivrance. Peu de jours après elle éprouva des douleurs dans le ventre, et elle marchait difficilement. A des intervalles très éloignés, elle éprouvait des élancemens à l'hypogastre, du côté gauche. Du reste, elle conservait de l'appétit et jouissait d'une assez bonne santé. Elle éprouva des douleurs vagues jusqu'au soixante-dixième jour ; mais au soixante-et-onzième, c'était il y a trois semaines, elle se trouva plus malade ; elle ne pouvait marcher, et sentait de fréquens élancemens à l'endroit indiqué. Diarrhée. La nuit, longs frissons suivis de sueurs. Il y a trois semaines aussi qu'elle s'aperçut de la présence d'une tumeur dans la fosse iliaque gauche ; cette tumeur était déjà d'un volume assez considérable ; mais elle commençait seulement à être douloureuse ; c'est dans son intérieur qu'avaient lieu les douleurs lancinantes. Aujourd'hui, l'on voit cette tumeur dans la fosse iliaque à travers la paroi abdominale qu'elle soulève ; elle appuie sur le détroit supérieur, de manière à n'occuper que la moitié interne de la fosse iliaque ; son autre partie plonge dans le petit bassin. Elle peut avoir environ le volume d'une petite tête de fœtus ; elle est douloureuse, et paraît fluctuante : on la sent par le vagin.

28. Frissons suivis de sueur; douleurs lancinantes dans l'abdomen, au niveau de la tumeur; elle a beaucoup augmenté depuis l'entrée; toute la fosse iliaque est remplie. La tumeur semble s'approcher de la peau. Langue naturelle; bon appétit; une selle tous les jours; peau chaude; pouls irrégulier, souple, 78.

30. Les élancemens continuent; la tumeur semble grossir; même état général.

6 avril. Depuis trois ou quatre jours, à plusieurs instans de la journée, il se fait un écoulement purulent par la vulve. Le linge est taché par une matière verdâtre, épaisse, tout-à-fait semblable à du pus. Cet écoulement s'arrête pendant quelques heures et reparaît de nouveau; habituellement cette femme n'a point de leucorrhée. Plus de frissons, ni de sueurs. L'état général est satisfaisant. La tumeur est un peu moins grosse, peut-être plus dure, mais toujours douloureuse à la pression; pas de fièvre; bon appétit.

9. De temps à autre on voit encore de la leucorrhée; pas de frissons ni de sueur; fièvre le soir et la nuit. Elancemens fréquens à l'aine gauche. La tumeur est fort dure; on n'y sent plus de fluctuation; elle semble se rapprocher de la peau; il est impossible de la sentir par le vagin. L'état général est bon (Cataplasmes répétés chaque jour).

22. Douleurs iliaques lancinantes; coliques; frissons; sueurs; fièvre le soir; la tumeur grossit et se rapproche de la peau du ventre; elle descend vers le ligament de Fallope. Elle a le volume d'une petite tête d'enfant, et s'élève du pli inguinal jusqu'au niveau de l'ombilic.

Le 24, la tumeur a perdu un peu de son volume; placée assez près de la peau, elle est fort dure et facile à circonscrire. Toujours quelques douleurs lancinantes dans l'intérieur, mais pas de fièvre; l'état général est satisfaisant.

Depuis ce jour jusqu'au 19 mai, les douleurs ont persisté, mais sourdes; tiraillemens, pesanteur dans les lombes. La marche est très pénible. La pression du ventre n'est douloureuse qu'au niveau de la tumeur, qui s'est réduite à la moitié environ de son plus fort volume. Elle forme sur la crête du détroit une tumeur dure, arrondie, douloureuse, grosse comme une

noix : elle n'est plus le siége de douleurs lancinantes. Il n'y a pas d'œdème aux membres inférieurs. L'état général est parfait. Il n'y a pas de fièvre. L'appétit est excellent et les digestions sont bonnes. — Exeat.

Cette observation, incomplète d'ailleurs, est remarquable : d'abord par l'influence épidémique sous laquelle la maladie se développa ; ensuite par le long temps que la tumeur mit à se former et la bénignité de l'invasion ; enfin, par la disposition de l'abcès qui était à cheval sur le détroit supérieur.

48ᵉ Obs. — *Abcès de la fosse iliaque droite, ouvert dans le rectum et la vessie.*

Lodoiska Launard, vingt-six ans, couturière, primipare, accouchée le 1ᵉʳ août à la Maternité. Le travail a duré sept heures et fut très douloureux. Présentation du siége.

Au sixième jour, cette femme sortit de la Maternité. Les lochies n'allaient pas ; le lait était passé ; l'enfant n'avait vécu qu'un jour.

Elle avait repris ses occupations lorsque, le vingtième jour, elle éprouva des douleurs vives dans le ventre, des coliques, des élancemens à l'hypogastre. La station était impossible ; la marche n'avait lieu que dans la position courbée, encore était-elle très douloureuse. Des sangsues furent appliquées dans la fosse iliaque droite ;elles n'amenèrent aucun soulagement. En même temps il y avait de la fièvre, mais sans frissons ; l'appétit était perdu et le dévoiement exista jusqu'au moment de l'entrée à l'hôpital, au trente-sixième jour de la couche.

A ce moment, le ventre nous parut encore très volumineux, excessivement douloureux, car le contact des draps était pénible. Tumeur circonscrite dans la fosse iliaque droite et à l'hypogastre, remontant jusqu'à deux pouces de l'ombilic, fluctuante lorsqu'on la prenait entre une main placée à l'hypogastre et un doigt mis dans le vagin ; elle avait approximativement une épaisseur de 3 pouces. L'utérus, refoulé en arrière, comprimait le rectum. La fièvre était vive et l'état général assez grave, à en juger, du moins, par les cris de la malade ; pas d'appétit ; pas de vomissemens ; constipation

(Laxatifs pendant trois jours). Les douleurs se sont rapidement amendées; la fièvre s'est calmée à son tour, et, aujourd'hui, 25 septembre, le ventre, quoique douloureux à la pression, n'est le siège que d'élancemens fort rares; la tumeur s'est rapprochée davantage de l'ombilic, et on en sent la fluctuation à travers la paroi abdominale; langue blanche; selles difficiles; la peau est moite, assez chaude; pouls large et peu fréquent (40 grammes d'eau-de-vie allemande).

1er octobre. Il semble que la douleur prenne chaque jour plus d'intensité; élancemens violens à la région inguinale droite et dans le fondement.

Le 2, nuit calme et sans douleur; cessation des souffrances immédiatement après l'excrétion d'une selle mêlée de matière blanchâtre purulente; peau bonne; pas de fièvre.

Le 4, ce ne sont pas les selles qui sont purulentes, mais bien les urines. Lors de l'excrétion la malade prétend sentir dans la tumeur une espèce de glou-glou. La matité a diminué d'étendue et la tumeur est moins volumineuse; les douleurs se reproduisent, mais avec peu d'intensité.

5. Les urines présentent trois couches : une inférieure formée de pus épais, légèrement verdâtre, pouvant peser cinq ou six grammes; une moyenne nuageuse, trouble, pouvant peser quarante grammes, et une supérieure, claire (jaune de l'urine), constituant le reste du liquide. Le nitre détermine un précipité alcalin dans le liquide de la couche supérieure, et un précipité albumineux dans ce qui reste. La tumeur continue à perdre de son volume; elle est moins douloureuse.

Le 7, toujours du pus dans les urines; douleurs assez vives hier. La malade a eu deux selles contenant une grande quantité de pus; les urines ne sont que médiocrement troubles.

Le 8, pas de selles; plusieurs émissions douloureuses de l'urine; ce liquide se rapproche maintenant de son état normal. Hier soir, vers huit heures, il est survenu inopinément dans les fosses iliaques des douleurs très vives qui n'ont pas cessé ce matin; de temps à autre elles prenaient un caractère plus aigu, lancinant, faisaient crier la malade. Le ventre est tendu; pas de sonorité; il est fort douloureux à la pression. Langue naturelle, humide; soif vive; pas de nausées; pas de vomissemens. La face

n'a pas un caractère différent de celui qu'elle présentait ces jours derniers. La chaleur de la peau reste la même. Les yeux sont bons. Peau chaude, sèche. Pouls petit, faible, 120. (1 gramme 0,50 d'ipéc.)

10. Vomissemens nombreux; deux selles. Les efforts de vomissemens n'ont pas été très douloureux (Scammonée; un gramme de jalap).

11. Selles nombreuses avec coliques très vives; peu de sommeil; réveil en sursaut; douleurs assez vives dans l'hypogastre; moins d'élancemens; les garde-robes et les urines ne renferment plus de pus; pas de fièvre; la tumeur est toujours très volumineuse.

12. Selles copieuses et purulentes sans coliques; urines jaunes et fort troubles. Les douleurs persistent, elles sont sourdes, mais il n'y a pas d'élancemens; pas de fièvre (lavemens émolliens).

13. La malade, qui a la précaution d'uriner et de rendre les matières stercorales séparément, nous montre aujourd'hui des urines avec un dépôt considérable de pus au fond du vase; peu de douleurs.

14. Aujourd'hui, les selles contiennent une matière blanche, épaisse, analogue à du pus, et ces matières ne sont point mêlées à de l'urine.

16 octobre. A partir de ce jour, il n'est point sorti de pus avec les selles ni avec les urines. Jusqu'au 20 octobre, chaque jour voyait se renouveler les mêmes accidens : douleurs vagues dans l'abdomen; élancemens dans les deux fosses iliaques; dureté excessive du ventre; fièvre passagère; constipation très fréquente : dès que la malade était deux jours sans aller à la selle, des coliques violentes, des douleurs et élancemens excessifs se faisaient sentir; dès que par un purgatif on avait rétabli le cours du ventre, ces symptômes disparaissaient, et la femme était soulagée pendant un ou deux jours, jusqu'à nouvelle constipation.

Du 16 octobre au 27 novembre, cette femme a été purgée dix-neuf fois par les purgatifs salins, huileux et drastiques (Huile de croton; eau-de-vie allemande; etc.).

Au 21 novembre, les douleurs du ventre que nous avons signalées semblent changer de caractère; au lieu d'être vagues comme précédemment, elles se localisent à l'hypogastre, qui, à plusieurs

instans du jour et surtout le soir, devient le siége d'élancemens fort douloureux. Des élancemens suivent aussi la direction des aines; mais le ventre n'est pas ballonné; urines claires naturelles; pas de leucorrhée; toujours la constipation; pas de fièvre.

Le 27, la malade a découvert au-dessus du pubis un petit noyau, gros comme un œuf de pigeon, placé profondément sous la peau, très douloureux à la pression et sur lequel semblent s'accumuler les élancemens; léger mouvement fébrile vers le soir.

Au 5 décembre, la tumeur a acquis un volume plus considérable, elle est saillante sous la peau, qui est un peu rouge et fort épaisse. Cette tumeur est douloureuse à la pression; il y survient à chaque instant des élancemens assez vifs; légères douleurs dans les lombes; difficulté à marcher; frissons erratiques; un peu de chaleur fébrile; cependant la langue est naturelle; et l'appétit n'a jamais été aussi vif. Quand on vient à toucher par le vagin, ce canal paraît rétréci. Le corps de l'utérus est renversé en arrière, et le col un peu en avant; la vessie est abaissée, fait saillie dans le vagin, est distendue par l'urine; à droite et à gauche le tissu cellulaire est endurci, fort douloureux, mais sans tumeur appréciable; le toucher paraît causer de vives douleurs; on ne sent point de communication entre la tumeur du ventre et le doigt placé dans le vagin.

Cette tumeur augmente pendant les jours suivans, et se limite parfaitement bien; au-dessus du pubis, en remontant à deux pouces de hauteur, elle est fort douloureuse et très dure; la peau qui la sépare de l'extérieur est encore fort épaisse.

Le 10 septembre, la peau s'indure et rougit.

De temps à autre fièvre légère; tiraillemens; douleurs lombaires; élancemens dans la tumeur.

Le 15, bon sommeil; les douleurs sont plus rares; élancemens peu fréquens; la peau rougit et se ramollit en s'amincissant; la tumeur a diminué; elle est fluctuante.

Le 17, la tumeur qui faisait saillie se flétrit un peu.

Le 19, la tumeur a encore diminué et ne fait plus souffrir la malade.

Travail très douloureux; relevons ce premier point, rela-

tivement à l'étiologie. L'abcès s'ouvre dans le rectum et dans la vessie. L'ouverture dans l'intestin est annoncée par des élancemens dans le fondement. La constipation renouvelait les douleurs, parce que les matières accumulées comprimaient la tumeur. Ces douleurs lancinantes du ventre, qui allaient jusqu'à faire crier la malade, doivent être notées, en raison des craintes qu'elles pouvaient inspirer, craintes que devait diminuer l'absence des autres signes propres à la péritonite. Comment l'abcès hypogastrique, après avoir été si près de s'ouvrir, a-t-il diminué tout-à-coup? Cela est bien étrange et nous ne chercherons pas à l'expliquer. Quant au traitement, cette observation donne raison à Mauriceau contre les purgatifs (V. la note de l'observation 1re).

49e OBS. — *Abcès de la fosse iliaque suite de couches, ouvert dans la vessie et dans le vagin.*

Marie Dauvergne, 28 ans, blanchisseuse, née à Paris, bien réglée depuis l'âge de 12 ans, a eu deux enfans; le premier n'a pas été nourri; le deuxième est allaité depuis six semaines.

Trois jours avant d'accoucher cette dernière fois, elle a eu une métrorrhagie arrêtée par le tamponnement; elle a fait ses couches à la Maternité, il y a un mois; elle resta huit jours en bonne santé, et elle sortit de l'hôpital. Au bout de huit autres jours, elle tomba malade : douleurs hypogastriques et lombaires avec frissons, chaleur et sueur la nuit.

Dès le commencement, soif vive; perte d'appétit; nausées; vomissemens; constipation; point de phénomènes cérébraux; faiblesse extrême.

20. Ventre souple, douloureux dans le flanc droit, un peu rénitent à l'hypogastre. Le doigt dans le vagin trouve le col de l'utérus fort élevé, le corps plus volumineux qu'il ne devrait être, et entre facilement en communication avec la main placée sur l'abdomen. On sent à gauche, près du ligament large, un léger épaississement du tissu cellulaire, mais pas de tumeur. Le point est fort douloureux (3 gouttes d'huile de croton; diète).

21. Vomissemens; selles nombreuses douleur du côté gauche du ventre, moins vive qu'hier; le pouls est plus faible et moins fréquent, 86; sommeil cette nuit; c'est la moins pénible de celles qui ont suivi cette couche (Cataplasmes sur le ventre).

24. La malade est très pâle et affaiblie; insomnie; inquiétudes; douleurs très vives dans le flanc gauche; elles sont continues et offrent des exacerbations lancinantes. On sent aujourd'hui une tumeur mieux circonscrite, placée à gauche un peu au-dessus du pubis, légèrement en dedans de la fosse iliaque. Langue rouge; bouche amère; soif vive; nausées; pas de vomissemens; constipation; peau moite; pouls à 90 (30 grammes de sulfate de soude; bouillons).

27. Diarrhée depuis deux jours; vomissemens cette nuit; langue rouge; soif vive; peau moite; pouls à 92; le ventre est généralement douloureux, surtout dans la fosse iliaque gauche. La tumeur est mal circonscrite, s'étend dans la fosse iliaque, et remonte à 6 ou 7 centimètres au-dessus du pubis; son mat à la percussion. Par le vagin, on reconnaît que l'utérus est abaissé et incliné à droite; à gauche tumeur rénitente, fort douloureuse, la même qu'on sent à l'extérieur; fluctuation douteuse; infiltration du tissu cellulaire du petit bassin; le toucher est obtus et fort douloureux de ce côté.

La sécrétion du lait ne tarit pas. Ce liquide est clair; l'enfant le suce avec avidité et n'en souffre point (Eau de Sedlitz; bouillons).

28. Selles nombreuses; diminution de la douleur du ventre; fièvre moindre, 90; langue encore rouge (Cataplasmes sur le ventre).

1er janvier 1843, pas de fièvre. Une bonne selle (Une portion d'alimens).

Les douleurs de ventre, de moins en moins fortes, persistent encore, mais sont intermittentes. La station est impossible. On trouve toujours dans la fosse iliaque la tumeur dont nous avons parlé (3 potages).

9 janvier. La malade allait bien, lorsque, après un écart de régime, il reparut de la fièvre, des vomissemens, de la diarrhée et de nouvelles douleurs hypogastriques (30 grains de sulfate de soude; bouillons).

10. Encore deux vomissemens; diarrhée abondante; les douleurs sont moins vives; mais de temps à autre il y a des élance-

mens fort douloureux dans la tumeur ; peau chaude ; pouls à 96 (Cataplasmes sur le ventre ; potages).

Le 11, douleurs très vives hier, fort aiguës au moment de l'émission des urines, qui sont épaisses, blanches ; on les recueille dans un verre, et au bout de quelques instans un dépôt, qui constitue la huitième partie du liquide, se forme au fond du verre : ce dépôt est alcalin, homogène, peu gluant, ne file pas sous le doigt ; il est formé de corpuscules imperceptibles blanchâtres parfaitement liés ; au microscope : globules larges, aplatis, incolores, irréguliers à leur circonférence, d'un volume assez considérable.

On n'aperçoit plus la tumeur du ventre ; mais, à gauche, il existe toujours de la rénitence, et dans ce point la pression est excessivement douloureuse.

13. Les urines ont été fréquemment rendues: il était difficile de les retenir ; leur émission a été douloureuse ; elles contiennent le sixième de leur volume de pus (Cataplasmes, une portion).

15. Pas de fièvre ; bon sommeil ; bon appétit ; la malade s'est levée sans beaucoup souffrir, mais elle a été très effrayée de rendre par le vagin un flux blanc muqueux très abondant. Elle était debout, en un instant elle fut mouillée jusque dans ses bas ; urines limpides (Une portion).

17. Après un accès de coliques hypogastriques, de douleurs dans les reins, il y eut une émission d'urines avec chaleur au passage. Ce liquide était blanchâtre, et après un instant de repos il offrit le dépôt blanc homogène dont nous avons déjà parlé. En même temps que les urines étaient purulentes, la malade avait de la leucorrhée.

La tumeur a considérablement diminué ; elle est flasque, peu fluctuante ; ses parois commencent à revenir sur elles-mêmes, car on les sent plus épaisses ; elle est peu douloureuse.

19. Urines limpides ; la leucorrhée persiste.

23. La leucorrhée est presque nulle depuis trois jours ; il n'est rien revenu dans les urines ; tumeur stationnaire, toujours un peu douloureuse à la pression vaginale ; la pression hypogastrique est également douloureuse ; cependant la malade reste levée tout le jour sans fatigue, elle n'a plus de fièvre, mange les trois portions depuis six jours et elle n'a plus de diarrhée. Elle veut s'en aller de l'hôpital, et nous promet de revenir. Exeat.

La cause occasionnelle probable est digne d'attention métrorrhagie trois jours avant l'accouchement et tamponnement. L'abcès s'ouvrit dans la vessie et dans le vagin. C'était le pus du dépôt qui constituait la leucorrhée.

60° Obs. — *Péritonite et ovarite puerpérales.*

Fanny Seynard, 33 ans. Cette femme vient d'accoucher pour la sixième fois. Après avoir passé neuf jours à la Maternité, elle sortit bien portante, et elle rentra chez elle. Là elle se mit à nourrir son enfant, et malgré l'allaitement, les lochies parurent; elles coulèrent abondamment. Au quatorzième jour après l'accouchement, sans cause appréciable, elle se sentit mal à l'aise; elle éprouva des douleurs dans tout le ventre, eut des frissons, et fut obligée de s'aliter. Au vingt-et-unième jour, elle eut quelques vomissemens, de la diarrhée. Point de traitement.

Elle nous arriva au moment d'un accès de fièvre; elle avait le frisson; le corps tremblait, et les dents se choquaient avec force; la peau était médiocrement chaude, livide à la face et aux lèvres; le nez et les mains étaient refroidies; face grippée, yeux ternes, profondément cernés; lèvres bleues; bouche humide; langue rouge à la pointe, fortement chargée; ventre excessivement ballonné, sonore; coliques très vives, augmentées par les mouvemens des gaz dans l'intérieur; le décubitus latéral est impossible, à cause des douleurs abdominales qu'il occasionne; la pression est douloureuse, mais la douleur n'est pas excessive; respiration naturelle, peu embarassée; pouls faible, petit et serré, 138.

La sécrétion du lait diminue de jour en jour, il en reste à peine dans les glandes mammaires. Depuis deux jours l'enfant a les yeux malades, ses paupières sont fermées, et il les contracte quand on veut les lui ouvrir. Pendant ces efforts il s'écoule un pus épais, jaunâtre; la conjonctive est très rouge; les cornées sont transparentes et saines (1,50 de poudre d'ipécac. en 3 paquets; onct. mercurielle sur le ventre, 100 grammes).

27. La médecine d'hier a produit des évacuations nombreuses par en bas; il n'y a eu que deux vomissemens. Peau chaude et sèche; pouls petit, faible, un peu irrégulier, 122. (Looch, huile de croton, 3 gout, frict. ong. napolitain.)

28. On administre 40 grammes de sulf. de magnésie (Frictions mercurielles, 50 grammes).

30. Selles très nombreuses et très abondantes; pas de vomissemens; ventre gros, souple, contenant une notable quantité de liquide, entièrement indolent; respiration haute, fréquente; pas de toux; pas de matité précordiale; un peu de matité à la partie inférieure des deux côtés de la poitrine; aucun bruit anormal; respiration faible, masquée à la partie inférieure gauche; face profondément altérée; pommettes livides; yeux très excavés; nez pincé, froid; mains froides; langue blanche, froide; soif vive; peau moite; sueur visqueuse; pouls excessivement petit et difficile à compter.

Mort à 11 heures.

Autopsie 23 heures après la mort. — Abdomen. Le ventre est très tendu; le péritoine est rempli de sérosité purulente; il contient aussi de ces flocons albumineux, libres, jaunâtres, qu'on trouve dans les séreuses enflammées. On ne trouve point de fausses membranes à la surface des intestins, qui ne sont pas adhérens; la seule altération que l'on rencontre dans le péritoine, c'est une vascularisation extraordinaire; elle est semée d'une coloration rouge très vive, due à l'injection des vaisseaux capillaires. Sa surface a perdu son poli et son brillant; les rugosités se sentent aux doigts. Il n'y a d'adhérences nulle part. C'est le péritoine des circonvolutions intestinales rapprochées du petit bassin, et le péritoine du petit bassin lui-même, qui paraissent le plus malades.

L'utérus est encore énorme; il remplit tout le petit bassin; le col est largement ouvert; l'intérieur est rempli de débris de placenta et de matières corrompues, infectes. Les veines de l'organe et le sinus sont sains; ils sont béans, et ne renferment pas de sang dans leur intérieur.

Les ovaires sont fortement gonflés; le tissu spongieux qui constitue l'ovaire droit est considérablement injecté; l'on y rencontre quelques noyaux blanchâtres au centre, dont la couleur disparaît sur les bords, par conséquent mal circonscrits. Ces noyaux sont formés par une matière assez dure; on dirait du pus infiltré. Les veines mésaraïques, ovariques, et autres de l'abdomen, sont saines; on y trouve des caillots; mais ils ne sont point adhé-

rens, ne renferment pas de pus, et les parois veineuses ne paraissent point malades. Les lymphatiques et le canal thoracique ne présentent point d'altération; le foie est sain; il n'y a qu'un rein, qui est placé au-devant de la colonne lombaire et qui reçoit deux artères. L'intestin est sain; rien au cœur: il renferme du sang noir fluide, à peine coagulé, dans lequel on voit au microscope des globules irréguliers sur les bords, incolores, sans dépression centrale, entièrement semblables aux globules de pus. Les endocardes sont fortement colorés en rouge, sans ramollissement. Engorgement des poumons à leur partie postérieure. Ils crépitent et surnagent; le poumon gauche est le plus altéré.

Cette observation appartient essentiellement à l'histoire de la péritonite puerpérale. Mais l'état de l'ovaire nous importe.

Les cinquante observations qui précèdent sont, pour ainsi dire, la base clinique sur laquelle nous allons essayer d'élever l'histoire dogmatique des abcès puerpéraux du bassin.

(*La suite au prochain numéro.*)

RECHERCHES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

sur l'inflammation de quelques parties internes de l'œil, principalement sur la choroïdite, comme cause du glaucôme;

Par le Dr Schroeder van der Kolk.

Parmi les maladies qui réclament de nouvelles recherches d'anatomie pathologique, la première place appartient à celles de l'œil. Quoiqu'il ait été écrit, sur l'œil sain et malade, plus que sur aucune autre partie du corps, à tel point que l'ophthalmologie forme une branche distincte de l'art médical, je crois cependant que le sujet est loin encore d'avoir été épuisé, et que c'est au manque de travaux exacts d'anatomie pathologique qu'on doit s'en prendre des con-

tradictions et de l'incertitude qui règnent encore touchant l'essence et l'origine de plusieurs des maladies dont cet organe peut être atteint. C'est surtout quand il s'agit d'inflammation qu'on doit attacher une grande importance à bien distinguer l'inflammation externe de l'interne, ce qui n'est pas toujours facile, parce que les inflammations internes ne sont pas toujours visibles pendant la vie, surtout quand elles affectent une marche chronique.

Pour expliquer cela d'une manière satisfaisante, il est nécessaire de se rappeler que les vaisseaux qui se répandent à l'extérieur dans la conjonctive ne sont nullement en connexion directe avec les vaisseaux internes, de manière qu'une inflammation ou dégénérescence interne très considérable peut souvent durer long-temps sans que les parties externes de l'œil s'en ressentent. Les nerfs internes de l'œil, les nerfs ciliaires, paraissent ne pas être non plus étroitement liés avec les nerfs externes, les nerfs sensitifs de la conjonctive, car ceux-ci naissent surtout du nerf lacrymal, qui n'a pas de connexions immédiates avec ceux du ganglion ophthalmique, ce qui est réellement une sage prévoyance de la nature (1).

Quand, au contraire, les parties internes de l'œil sont atta-

(1) Il me paraît encore douteux que quelques ramuscules qui, suivant Schlemm, Bochdalek, Muller et Valentin, percent le bord de la cornée, communiquent avec les nerfs de la conjonctive, ainsi que le présume Valentin. Dans tous les cas, cette connexion ne pourrait avoir qu'une bien faible influence, comme le prouve l'existence fréquente de graves maladies externes de l'œil sans lésion interne. J'en ai vu, entre autres, un exemple fort remarquable dans un cas de fongus considérable de l'œil, qui avait été extirpé avec succès. Quoique beaucoup de vaisseaux eussent été nécessairement coupés, je parvins à les injecter jusque dans leurs

quées primitivement, il s'ensuit bien plus rapidement une congestion sympathique, ou même une inflammation des parties externes, qui, alors, par les phénomènes provenant de là, annonce plus ou moins clairement l'existence de l'ophthalmie interne.

Parmi les parties internes de l'œil, il n'en est aucune, suivant moi, la rétine exceptée, qui ait plus d'importance que la choroïde, au point de vue pathologique. C'est dans cette partie que se trouvent le plus de vaisseaux sanguins et de nerfs végétatifs ; elle réunit par conséquent toutes les conditions des états inflammatoires, et sa prédisposition donne lieu aux diverses maladies de l'œil. Mais comme on ne peut observer cette membrane qu'après la mort, ce dont on a rarement l'occasion, attendu que les maladies des yeux ne compromettent pas souvent l'existence, il suit de là que ses affections sont souvent méconnues, et qu'on n'en apprécie même point assez l'importance, à tel point que quelques manuels modernes, celui de Weller, par exemple, ne mentionnent même pas la choroïdite comme maladie spéciale. A la vérité, nous ne manquons ni d'observations éparses, ni même de mémoires sur cette phlegmasie ; et je citerai entre autres l'excellent travail bien connu de Schreiber, mais il ne me semble pas que la choroïdite ait été suffisamment étudiée

ramifications les plus déliées. La maladie semblait être une mélanose de l'œil ; cependant une coupe, pratiquée au milieu du bulbe, prouva que toutes les parties internes de l'œil étaient parfaitement saines et bien injectées, quoique le fongus, né sur toute l'étendue de la sclérotique et de la cornée, eût une épaisseur d'un demi-pouce et même d'un pouce entier. La même chose est prouvée par les cas de section de plusieurs muscles oculaires, chez des personnes atteintes de strabisme, puisque jamais cette opération n'a été suivie d'inflammation interne.

sous le rapport tant de ses liaisons avec les maladies d'autres parties de l'œil, que de sa fréquence dans les ophthalmies internes. Quand elle a pris le mode chronique, ce qui paraît ne pas être rare, elle est plus aisément encore méconnue, de sorte qu'on ne la trouve guère décrite que sous la forme aiguë.

Pour procéder ici avec ordre, je commencerai par examiner la connexion des vaisseaux de la choroïde avec ceux d'autres parties de l'œil, autant que des injections délicates ont pu me la faire connaître, après quoi je passerai à l'anatomie pathologique de quelques maladies de l'œil et à leurs connexions mutuelles.

La choroïde n'est autre chose qu'une continuation de la pie-mère cérébrale, dans l'intérieur de laquelle se répandent les *vasa vorticosa*, tandis que sur la couche la plus intérieure, nommée aussi membrane ruyschienne, les vaisseaux se terminent par des ramifications très déliées et flexueuses, qui paraissent sécréter le pigment. Ces vaisseaux ne se terminent pas à l'extrémité de la choroïde : ils passent, comme on sait, dans l'iris. Ce sont eux qui produisent la couronne ciliaire, ou les procès ciliaires, dans lesquels on remarque un réseau vasculaire d'une ténuité surprenante, que Zinn, Sœmmerring, Arnold et surtout Berres ont admirablement figuré. Ces procès ciliaires, composés de jolis plis semi-lunaires, sont à mon avis des parties fort importantes de l'œil : ils s'enfoncent effectivement dans les plis de la zone de Zinn, qui est située autour du cristallin, et qui forme l'origine de la membrane hyaloïde ou du corps vitré. Mais, d'après mes observations, la connexion est plus intime encore, un très grand nombre de vaisseaux capillaires des plus déliés passant des franges de la couronne ciliaire dans la zone de Zinn située

au-dessus, d'où résultent des anastomoses qui n'ont point encore été décrites avec assez d'exactitude. A la vérité, quelques anatomistes ont indiqué la communication des vaisseaux de la couronne ciliaire avec la zone de Zinn dans l'œil de l'embryon, mais d'autres la révoquent en doute chez l'enfant à terme. Cependant je l'ai mise en parfaite évidence, chez ce dernier, par les injections qui avaient réussi au-delà de toute espérance; du bord externe de la zone de Zinn partent des vaisseaux extrêmement déliés, qui se rendent à la membrane hyaloïde. Mes observations m'ont appris que le corps vitré est entouré d'une membrane séreuse très fine parcourue par des vaisseaux d'une extrême finesse, dans lesquels on parvient rarement à introduire une injection très ténue. Si l'on détache cette membrane du corps vitré, comme j'y suis parvenu sur un œil parfaitement injecté, on reconnaît que des vaisseaux excessivement déliés se répandent sur elle. Mais la transparence parfaite et la grande ténuité de la membrane font qu'il est presque impossible de l'apercevoir, quand on n'a pas commencé par en injecter les vaisseaux, ce qui réussit rarement et exige une certaine habileté. Ces vaisseaux, qui servent probablement à la nutrition du corps vitré, ont une double origine. Quelques troncs plus courts, que je désigne sous le nom de *vasa brevia hyaloïdeæ*, naissent du bord externe de la zone de Zinn, d'où ils répandent leurs ramifications sur la membrane hyaloïde, principalement à sa partie supérieure. D'autres proviennent de l'artère centrale de la rétine, immédiatement à l'endroit où elle se distribue dans la rétine, différant de ceux de cette dernière par leur exiguïté et leur rectitude, et se continuant avec les précédens. Il me paraît y avoir quatre de ces vaisseaux, que j'appelle *vasa longa hyaloideæ;* ils communi-

quent donc par la zone de Zinn avec les vaisseaux des procès ciliaires et de la choroïde. Les vaisseaux de la rétine, qui sont très multipliés, beaucoup plus gros et plus flexueux que ceux de la membrane hyaloïde, se terminent pour la plupart dans la rétine ; mais une préparation que je possède semble prouver qu'il y en a aussi une partie qui se réunit avec le plexus vasculaire délié de la zone de Zinn et des procès cilaires.

Il suit de là que les vaisseaux de la choroïde communiquent avec ceux de l'iris, de la couronne ciliaire, de la zone de Zinn et du corps vitré. Mais de cette connexion générale naissent quelques vaisseaux encore plus déliés ; dans l'œil bien injecté dont je viens de parler, il semble que quelques branches extrêmement fines se rendent du bord de la zone de Zinn et de la couronne ciliaire à la face antérieure de la capsule cristalline. La branche de l'artère centrale, existante chez le fœtus, qui perce le corps vitré, pour se rendre à la face postérieure de la capsule du cristallin, disparaît complétement plus tard, et je présume que, dans les temps postérieurs de la vie, quelques ramuscules extrêmement déliés se portent de la zone de Zinn, et surtout des vaisseaux longs de la membrane hyaloïde à la face postérieure de la capsule pour servir à sa nutrition ; mais je ne donne cela que comme une simple conjecture, qu'il n'a point encore été possible de vérifier par l'injection (1).

Outre ces vaisseaux, il paraît y avoir encore quelques ra-

(1) Les vaisseaux de la membrane hyaloïde et ceux de la face antérieure du cristallin, paraissent être beaucoup plus gros chez le fœtus. Arnold et Berres les ont représentés, mais la figure que celui-ci donne du trajet des vaisseaux du corps vitré, diffère beaucoup de celle d'Arnold, et se rapproche davantage de ce

mifications séreuses, qui, dans l'œil sain, sont trop exiguës pour qu'on puisse parvenir à les injecter, et qui partent du bord externe de l'iris, pour se répandre dans la membrane de Demours, le long de la face postérieure de la cornée; une phlegmasie chronique peut les dilater assez pour permettre à une matière colorante ténue de s'y introduire, ce dont je possède une fort belle préparation.

On voit d'après cela que le point d'où partent le plus de vaisseaux allant aux parties internes de l'œil, et que cette circonstance rend par conséquent fort important, est formé par la réunion des vaisseaux de la choroïde et des procès ciliaires avec ceux de la zone de Zinn et de la rétine, et que de là partent d'autres ramifications déliées, qui se rendent à la capsule du cristallin et à la membrane hyaloïde.

Il faut remarquer que toutes les inflammations de la choroïde affectent aussi plus ou moins les nerfs ciliaires, ce qui diminue ou supprime les mouvemens de l'iris, auxquels ces nerfs servent d'instigateurs, et d'où il suit également que certaines parties de la membrane se resserrent avec plus de force, de manière que la pupille perd sa forme ronde et s'alonge vers les deux angles de l'œil, comme chez les ruminans, peut-être parce que les artères ciliaires longues, dont la direction est la même que celle des nerfs ciliaires longs, sont plus vivement atteintes de l'inflammation, en raison de leur plus gros volume, et communiquent plus fortement cette influence aux parties de l'iris par lesquelles elles pénètrent dans cette membrane. Au reste, la fonction végétative des

que je vois dans l'œil injecté. Dans l'œil sain d'un enfant à terme, le cours de ces vaisseaux a beaucoup changé : ils paraissent plus déliés et en moins grand nombre, forme sous laquelle ils n'ont point encore été figurés, à ma connaissance.

nerfs ciliaires témoigne assez que leur état maladif doit entraîner les suites les plus graves pour la nutrition de l'œil. En examinant avec soin un œil atrophié, j'ai trouvé tous ces nerfs beaucoup plus grêles, d'une translucidité bleuâtre, et, à ce qu'il paraissait, privés de leur substance médullaire; le ganglion ophthalmique était fort petit et presque effacé. Suivant Walther, les maladies du système ciliaire peuvent même occasionner la cécité. Dans un cas très remarquable de sciatique qui avait passé à la suppuration, et où le nerf sciatique était entouré d'une grande quantité de pus, je trouvai aussi, vraisemblablement par l'effet de l'absorption, les pincipales veines des parties supérieures de la tête, comme les frontales, les temporales, les diploïques et même le sinus caverneux, pleins de pus; le ganglion ophthalmique était rouge et baigné de pus. Pendant la vie, le malade, qui était aliéné, éprouvait de violens maux de têie, avec congestion et rougeur des yeux, mais il n'y avait pas encore cécité. Au reste, on sait que le système ciliaire tient à la cinquième paire de nerfs, de sorte qu'on peut attribuer les vives douleurs ressenties dans la partie antérieure de la tête à une réflexion opérée sur l'origine des nerfs frontaux.

J'ai cru nécessaire de présenter ces considérations préalables pour pouvoir entrer plus à fond dans l'histoire de quelques maladies de l'œil.

Eu égard à l'inflammation de la choroïde, quelques écrivains (Weller, par exemple) la décrivent sous le nom général d'ophthalmie interne, dénomination fort inexacte. On en acquiert la conviction en lisant ce qui concerne la forme aiguë, à laquelle Weller attribue les signes suivans : « Une douleur gravative, tensive, sourde, devenant à chaque instant plus vive, qui s'étend rapidement jusque sur le crâne;

l'irritation simultanée de la rétine fait apercevoir continuellement des flammes, la faculté visuelle est diminuée, la pupille rétrécie et déformée, l'iris change de couleur; il devient de gris ou de bleu, verdâtre, et de brun ou de noirâtre, rouge; il pousse en avant et s'applique à la cornée; les maux de tête sont très violens, la conjonctive et la sclérotique rougissent, la cornée commence à perdre son brillant, et enfin du pus s'amasse dans la chambre antérieure. »

Suivant d'autres (Bressler), on peut reconnaître la choroïdite à un sentiment de plénitude et de tension dans l'œil, à une douleur gravative au-dessus des sourcils, et avant tout à la teinte bleuâtre de la sclérotique.

La forme chronique est plus fréquemment méconnue. Tous les auteurs l'indiquent sous d'autres noms. Je présume que le glaucôme, qui a donné lieu à tant de conjectures, n'en est qu'une des terminaisons. Il me paraît d'autant moins superflu d'exposer les motifs de mon opinion, que je ne puis bien comprendre la manière dont les écrivains modernes expliquent les phénomènes de la maladie. Si nous comparons les symptômes du glaucôme avec ceux qui viennent d'être énoncés et qu'on assigne à la choroïdite aiguë, il saute aux yeux que le glaucôme est la même affection, seulement sous une forme plus chronique. On donne comme principal symptôme du glaucôme un certain reflet gris verdâtre qui se voit profondément dans l'œil, et qui semble provenir d'une concavité. Tous les auteurs anciens attribuaient ce trouble verdâtre à l'obscurcissement du corps vitré; s'il tenait à une pareille cause, il devrait avoir une forme sphérique et non pas creuse. Suivant Fabini, le trouble verdâtre est très éten-

(1) Unna parle également de l'inflammation de ces vaisseaux, mais il ne dit pas clairement les avoir vus.

du; la pupille est très dilatée et immobile. Ce dernier phénomène, qui est constant, indique clairement une affection du système ciliaire, et par conséquent aussi de la choroïde, puisqu'on ne peut l'expliquer uniquement par un état morbide de la rétine. En effet, non-seulement la pupille est immobile dans le glaucôme, comme dans l'amaurose, mais encore elle offre un changement de forme, elle est tirée vers les angles des yeux. Cette circonstance prouve une participation inégale des nerfs ciliaires, dont deux précisément se portent horizontalement à l'iris, avec les artères ciliaires longues; ce qui, comme je l'ai déjà dit, rend vraisemblable que ces artères et nerfs ciliaires sont plus vivement affectés que les courts dans la choroïdite. On prétend aussi que la forme ovale de la pupille est un des caractères de la choroïdite aiguë (Bressler).

Un autre symptôme fort important, dans le glaucôme, est la diminution de la faculté visuelle, qui n'est nullement en proportion du changement de couleur de la pupille, et qui ne peut par conséquent pas dépendre de l'obscurcissement du corps vitré. Cet affaiblissement de la vue, qui fait que tous les objets paraissent comme enveloppés d'un nuage, existe même parfois à un haut degré avant qu'on puisse remarquer le moindre changement dans les couleurs de la pupille; ce qui a fait croire à beaucoup de personnes qu'on devait chercher la cause et le siége du glaucôme dans une inflammation de la rétine, dont cependant les symptômes diffèrent beaucoup de ceux de cette maladie. Si donc le glaucôme peut être expliqué par un obscurcissement ou un changement quelconque du corps vitré, ou par une inflammation de la rétine, je suis convaincu qu'il n'en faut pas chercher la cause dans l'une ou l'autre de ces deux maladies, mais dans une inflam-

mation chronique de la choroïde et dans un épanchement, occasionné par elle, de lymphe plastique entre la choroïde et la rétine. Cette opinion, je l'ai puisée non pas seulement dans une comparaison superficielle entre les phénomènes de la choroïdite, tant aiguë que chronique, avec ceux du glaucôme, mais aussi dans les considérations anatomiques.

En effet, comme prolongement de la pie-mère, la choroïde appartient aux membranes séreuses. On sait que toute inflammation de ces membranes, soit chronique, soit aiguë, entraîne une exsudation de sérosité ou de lymphe plastique, et la même chose me paraît avoir lieu aussi dans la choroïdite chronique. Chez une femme âgée, dont l'un des yeux avait été opéré sans succès par kératonyxis, tandis que l'autre était frappé d'amaurose, je trouvai une couche épaisse de lymphe plastique épanchée entre la choroïde et la rétine. A mon avis, cette exsudation par suite de la choroïdite explique parfaitement tous les phénomènes du glaucôme, qui, chez cette femme, était accompagné de cataracte. De ce que la sclérotique a un tissu très solide, il suit qu'un épanchement entre la rétine et la choroïde comprime l'oeil : d'où le sentiment de tension et la dureté du bulbe, qui augmente peu-à-peu, et fait croire au malade, suivant les expressions de Weller, que son oeil va éclater. Cette tension, cette pression doivent agir immédiatement sur la rétine ; la lymphe épanchée la refoule avec force en avant vers le corps vitré, ce qui doit entraîner une paralysie plus ou moins complète, dont l'affaiblissement rapide de la vue est la conséquence.

Ajoutons que cette substance épanchée déplace la rétine et la rejette en avant, de manière que le foyer des rayons lumineux doit tomber derrière elle, ce qui fait que tous les objets cessent d'avoir des contours nets et sont vus comme à

travers un nuage, tant que la compression n'a pas causé la paralysie et une cécité complète. L'épanchement refoule en avant, non-seulement la rétine, mais encore l'iris, le cristallin et le corps vitré tout entier, de sorte que la chambre antérieure de l'œil devient plus petite. Si la lymphe a de la transparence, ce qui arrive toujours au début, la pupille reste noire, et la vue diminue dès avant qu'on aperçoive le changement de couleur qui a lieu ordinairement dans le glaucôme; mais quand, plus tard, cette lymphe devient plus épaisse, albumineuse et opaque, un changement de couleur doit se prononcer dans la profondeur de l'œil, et affecter la forme creuse que signalent les écrivains sur le glaucôme. D'ailleurs une inflammation chronique de la choroïde entraîne la diminution ou la viciation de la sécrétion pigmentaire, en sorte que l'iris se décolore, comme on le voit déjà dans la choroïdite aiguë, ce qui doit encore rendre la teinte verdâtre plus prononcée.

Radius croit qu'une diminution considérable du pigment est le symptôme le plus constant du glaucôme, parce qu'il fait dériver de là l'aspect verdâtre, quoiqu'il dise qu'on doit chercher la cause de la maladie dans une inflammation du corps vitré ou dans une paralysie des nerfs oculaires. Cette diminution du pigment peut certainement contribuer à produire la teinte verdâtre; mais comme le pigment ne prend jamais cette couleur, elle ne saurait être expliquée que par la lymphe plastique épaissie ou l'albumine à demi coagulée, qui paraît effectivement verdâtre à la lumière transmise. Ce qui prouve qu'un changement du corps vitré n'en est point la cause, c'est d'abord, comme je l'ai déjà dit, que la teinte verdâtre a une forme creuse et non sphérique, ensuite que le corps vitré ne semble jamais prendre, dans le glaucôme, la

couleur qu'il serait nécessaire qu'il eût pour donner lieu à une telle apparence.

Weller fait déjà observer qu'il serait difficile d'attribuer cette teinte verdâtre à un obscurcissement du corps vitré, parce qu'il a trouvé celui-ci très peu changé, eu égard à la couleur et à la transparence, ce qui lui fait chercher la cause du glaucôme dans la rétine. Les changemens qu'on a remarqués dans le corps vitré, à la suite du glaucôme, n'ont rien de constant, non plus que la couleur. Ainsi, Brisseau l'a trouvé jaunâtre, Benedict, d'un gris noirâtre, Mackensie, clair et transparent, Rosas parsemé de points rouges. Sichel l'a vu non pas verdâtre, mais orangé, tirant sur le châtain plus ou moins foncé, et accompagné d'une affection de la choroïde. Tous ces divers changemens de couleur du corps vitré ne peuvent être la suite que d'une sécrétion changée par l'inflammation, qui s'est communiquée aux vaisseaux hyaloïdiens dont j'ai donné la description; la liaison de ces vaisseaux, au moyen de la zone de Zinn, avec ceux de la choroïde, fait que, quand la choroïdite fait des progrès, elle se propage jusqu'à eux, et détermine un changement dans la sécrétion du corps vitré. A cette hypothèse se rallie l'opinion de Sichel, que l'hyaloïdite n'est autre chose qu'une choroïdite aiguë, quoique je ne voie pas pourquoi une inflammation du corps vitré ne pourrait pas naître d'une choroïdite chronique, puisque les changemens de couleur en question ont lieu surtout dans des maladies chroniques qui parfois entraînent à leur suite une dégénérescence complète du corps vitré.

Cette opinion sur la cause du glaucôme a été exposée d'abord, je pense, par Autenrieth, en 1808. Parmi les auteurs modernes qui l'ont adoptée, on distingue en première ligne Canstatt, qui dit ne pas pouvoir comprendre pourquoi, le glau-

côme étant une maladie du corps vitré, qui sert seulement de passage à la lumière, sans influer sur la vision, autrement que par sa transparence et son pouvoir réfringent, pourquoi la maladie d'une partie dont les opérations peuvent détruire la moitié et plus, sans inconvénient et sans autres réactions que celles qui résultent nécessairement de la dépression ou du renversement de la cataracte, entraînerait une cécité aussi incurable que celle qui accompagne le glaucôme. Il fait aussi remarquer avec raison que le changement de couleur de l'iris dans le glaucôme en entraîne un égal dans la choroïde, parce que la choroïde est encore plus riche en pigment. J'admettrais volontiers que cette inflammation puisse faire naître des dilatations variqueuses des vaisseaux de la choroïde, quoique je n'en aie aperçu aucun vestige dans deux cas où j'avais injecté ceux-ci avec beaucoup de bonheur ; mais je ne saurais accorder à Canstatt que la couleur verdâtre du glaucôme tient au changement qu'a subi la couleur bleuâtre de la choroïde et à la teinte jaune ou grisâtre de la rétine, vue à travers le corps vitré et le cristallin. La rétine n'est jamais jaune ou grisâtre pendant la vie, puisqu'alors la pupille ne pourrait être noire ; mais le brillant de la rétine se dissipe après la mort, de sorte qu'on ne peut l'apercevoir que sur des yeux extirpés pendant la vie même. L'explication de Canstatt doit surprendre d'autant plus que lui-même représente ailleurs la rétine comme translucide, circonstance à laquelle il n'a point fait assez d'attention quand il a porté son jugement sur les troubles de l'œil.

Sichel attribue la teinte verdâtre à la même cause que Canstatt, mais en faisant remarquer que la couleur rougeâtre du corps vitré, dans le glaucôme, peut fort bien contribuer beaucoup à cette apparence. Comme le corps vitré paraît

n'avoir pas toujours la même couleur dans le glaucôme, et que Sichel lui-même croit secondaire le changement qu'il éprouve, son explication ne me semble pas très vraisemblable (1).

Chelius (2), parmi les modernes, paraît avoir senti cela ; car il fait dépendre le glaucôme d'une inflammation et d'une dilatation des vaisseaux de la choroïde, pendant qu'il cherche à expliquer la teinte verdâtre par le reflet du pigment, dont la quantité a diminué. Mais si une diminution du pigment était la seule cause de ce phénomène, on devrait le trouver bien plus marqué encore chez les albinos, où, au contraire, la pupille est rougeâtre, et non grise. Chelius n'est pas non plus d'accord avec lui-même, puisqu'il dit que la diminution du pigment occasionne un trouble creux, grisâtre, jaunâtre, souvent rougeâtre, dans le fond de l'œil, et qu'il ne parle nullement d'une teinte verdâtre qui en serait la suite. Sous ce rap-

(1) Sichel a depuis expliqué autrement les changemens de couleur dans la choroïdite. La teinte verte du fond de l'œil résulterait de la couleur jaune que le cristallin possède de quarante à cinquante ans, âge auquel la choroïdite est le plus commune : couleur combinée avec le bleu de la choroïde, gorgée de sang, ou en proie à quelque autre altération, ce qui, d'après les lois de l'optique, doit produire du vert. Je ne puis pas adopter non plus cette explication, parce que je ne crois pas que la couleur jaune soit une particularité propre au cristallin pendant la période citée. Mais supposons même que cela soit, la couleur de la choroïde n'est plus bleue dans un âge avancé ; elle est brunâtre, comme l'avait déjà remarqué Zinn ; et cette membrane a si peu d'épaisseur, que le mélange de la teinte jaune du cristallin et de la couleur bleue du sang devrait rendre la couleur verte propre au glaucôme, un phénomène presque constant chez les personnes âgées, tandis qu'elle ne se manifeste qu'à la suite d'une congestion dans le cours du glaucôme.

(2) *Traité pratique d'ophthalmologie*, Paris, 1839, t. II, in-8°.

port, il a évidemment suivi l'opinion de Canstatt, et s'est laissé entraîner à la même contradiction, puisqu'il va jusqu'à indiquer la différence entre la diminution du pigment et le glaucôme, et dit que le trouble est verdâtre dans la seconde de ces affections, tandis que, dans la première, on aperçoit une teinte grise, rougeâtre ou jaune de la rétine, quoique plus tard il attribue l'apparence verte du glaucôme à une altération du pigment, qui ne peut être autre chose qu'une diminution.

D'après cela, il paraît que la teinte verdâtre dans le glaucôme ne peut être expliquée uniquement par la diminution du pigment, et qu'elle doit tenir à une autre cause encore. Cette cause, j'en ai la conviction, est la couleur verdâtre de l'albumine ou de la lymphe plastique épanchée entre la rétine et la choroïde. J'accorderai que la diminution du pigment peut contribuer un peu à changer le noir de la pupille, et à lui faire prendre un aspect verdâtre; mais elle n'en saurait être la seule et unique cause. J'ai pu aussi observer cette diminution du pigment dans deux cas. Dans l'un, la choroïde était d'un brun clair, surtout au fond de l'œil, et devenait un peu plus foncée en avant; dans l'autre, où la dégénérescence avait fait plus de progrès et où la substance exsudée entre la rétine et la choroïde semblait être déjà organisée, où il y avait atrophie partielle du corps vitré, et où la maladie datait de six ans, la choroïde avait totalement perdu son pigment. Dans aucun de ces deux cas, on n'apercevait de veines variqueuses, quoiqu'il soit possible que les nodosités aient disparu par resserrement après la mort. Que les vaisseaux se dilatent dans une inflammation de la choroïde, c'est ce qu'on doit regarder comme une suite naturelle de la phlegmasie, de sorte qu'en proportion de l'étendue de cette dernière, les varicosités seront plus ou moins visibles : c'est aussi

ce qu'on donne comme un signe certain de glaucôme. Fabini dit que, dans les cas graves de glaucôme, l'œil offre quelquefois tous les phénomènes de la cirsophthalmie, et que jamais l'état variqueux des vaisseaux de l'œil ne manque dans le glaucôme invétéré. Sichel croit que la cause du glaucôme réside dans une dilatation variqueuse des vaisseaux de la choroïde, à laquelle se joint toujours un état analogue de ceux de la sclérotique et de la conjonctive. Enfin, cette affection des vaisseaux de la choroïde se propage toujours aux vaisseaux externes de la conjonctive et de la sclérotique, ce qui fait que ces membranes sont plus ou moins couvertes de varicosités, qui pénètrent jusqu'à la cornée, et forment là un cercle bleuâtre sale, à quoi peut contribuer beaucoup le gonflement du cercle ciliaire. Quand on lit l'énumération des symptômes de la cirsophthalmie dans différens auteurs, par exemple, Weller, Bressler, Canstatt, on retrouve tous les signes du glaucôme décrits sous d'autres noms, et Canstatt lui-même pense que les varicosités de la choroïde sont, la plupart du temps, les suites d'ophthalmies externes, arthritiques et scrofuleuses. Ces varicosités sont présentées par tous comme appartenant en propre au glaucôme, de sorte qu'il me semble que les anciens ophthalmologistes ont décrit la même maladie, la choroïdite, sous le nom d'ophthalmie interne, quand elle est aiguë, sous celui de glaucôme et de cirsophthalmie, quand elle est chronique, les symptômes plus ou moins prononcés du glaucôme dépendant du plus ou moins d'abondance de la masse exsudée, entre la choroïde et la rétine, qui fait, suivant moi, l'essence de cette maladie. Je ne nierai pas qu'il ne puisse y avoir, après la choroïdite, dilatation des vaisseaux de la choroïde sans cette exsudation, ou que celle-ci puisse être assez peu considérable, et conserver

assez bien sa translucidité primitive pour qu'il ne se manifeste pas de teinte verdâtre; mais ce ne sont là que de simples variétés d'une seule et même maladie. Seulement alors on remarque au fond de l'œil un léger dépôt nuageux ou rougeâtre; et, également d'après Canstatt, la vue est promptement abolie par la pression des vaisseaux variqueux sur la rétine, et la paralysie qui s'ensuit. Mais je doute que la dilatation des vaisseaux choroïdiens, qui est toujours faible, puisse seule entraîner de pareilles suites, et je suis tenté de croire qu'en pareil cas, il s'est fait une exsudation de lymphe plastique, qui n'a point encore perdu sa transparence. Cet épanchement entre la choroïde et la rétine paraît n'être pas fort rare, et il a été observé par d'autres; mais la matière épanchée semble, comme dans d'autres membranes séreuses, varier beaucoup, suivant le degré de l'inflammation antérieure, et surtout en raison de sa fluidité plus ou moins grande. Ainsi Canstatt cite, d'après Scarpa, Wardrop et Helling, des cas où il existait, soit entre la choroïde et la rétine, soit même entre la sclérotique et la choroïde, une accumulation de substance claire, donnant lieu à une sorte d'hydrophthalmie. Enfin, quand la quantité de ce liquide est considérable, on voit apparaître tous les signes de tension et de dureté du globe de l'œil, l'ampliation de la pupille, la rapide diminution de la vue, un anneau bleu et variqueux à la sclérotique autour de la cornée, signes qui annoncent que l'hydropisie a son siége dans le corps vitré, qu'elle est établie uniquement entre la choroïde et la rétine, ce qui vient à l'appui de mon opinion que les mêmes symptômes, dans le glaucôme, dépendent uniquement de la pression que la choroïde enflammée exerce sur la rétine et les nerfs ciliaires.

Un léger épanchement de sérosité entre la choroïde et la

rétine a lieu fréquemment, selon moi, surtout dans un âge avancé, et sa présence a induit les modernes en erreur. La prétendue membrane de Jacob me paraît n'être autre chose qu'un précipité dans ce liquide épanché, produit par le froid ou l'action de l'alcool, opinion à l'égard de laquelle je suis parfaitement d'accord avec Arnold, qui seulement donne à ce précipité le nom peu exact de *couche muqueuse*. Zinn avait déjà parlé d'une membrane blanche qui se forme sur la choroïde par l'action de l'alcool. Cette membrane ne se rencontre effectivement pas dans tous les yeux, comme je m'en suis convaincu, et sa nature n'a fait que me confirmer dans l'opinion que je professe à son égard; elle ne s'aperçoit pas, tous les auteurs en conviennent, dans les yeux frais qu'on examine peu de temps après la mort : elle est si délicate, que le moindre mouvement de l'œil détruit sa cohérence, ainsi qu'il ferait de celle d'un simple mucus; dans l'alcool, elle devient plus blanche et plus ferme, mais si fragile, qu'elle se déchire au plus léger mouvement, tandis que si l'œil demeure long-temps dans l'eau ou au froid, elle devient visible, parce que de là résulte la coagulation de l'albumine existante dans la sérosité épanchée. Personne n'a pu encore, avec le microscope, découvrir de texture organique ni de vaisseaux sanguins dans cette prétendue membrane : on n'y aperçoit que des stries très déliées, qui s'observent aussi dans l'albumine coagulée, et qui ne seraient probablement pas perceptibles dans un œil frais, où le liquide conserve encore sa transparence. Si l'on compare la surface du pigment, telle qu'elle a été figurée par Langenbeck, il devient clair que ces stries sont précipitées dans les sillons réticulés que le pigment présente. Henle a bien prétendu qu'il ne peut point y avoir ici d'exsudation séreuse, parce qu'on n'en rencontre que là où

des organes se trouvent dans une cavité, comme au cœur, au poumon, au cerveau; mais c'est une erreur, puisque de la sérosité n'est pas rare entre la pie-mère et l'arachnoïde, qui ne jouissent pourtant d'aucune mobilité.

Une figure publiée par Ammon prouve que la prétendue membrane de Jacob peut être trouvée plus épaisse que de coutume par l'effet de maladies de l'œil. Dans le cas dont parle cet auteur, la choroïde était légèrement colorée, et la rétine indurée. Très probablement donc il y avait eu là une choroïdite, qui avait amené une exsudation plus abondante. Quelquefois cette inflammation de la choroïde prend un autre mode de terminaison, c'est-à-dire produit des ossifications, dont jadis on avait coutume de placer le siége dans la rétine elle-même; mais les recherches des modernes ont fait voir qu'elles sont la conséquence d'une inflammation chronique entre la choroïde et la rétine. Ordinairement on les attribue à une cause arthritique. La goutte est regardée aussi comme la cause la plus fréquente du glaucôme. Au reste, il est d'autant moins surprenant que la choroïde puisse être un foyer d'ossifications, qu'on rencontre souvent celles-ci sur la pie-mère, dont elle n'est qu'une continuation.

D'après tout ce qui précède, il serait superflu d'entrer dans une longue explication des phénomènes du glaucôme. Je ferai seulement remarquer que l'inflammation de la choroïde, dont les vaisseaux communiquent avec ceux de la rétine, par la couronne ciliaire, et l'exsudation d'un liquide plastique, doivent irriter la rétine elle-même dès le principe, ce qui rend raison de la photophobie, et des étincelles que le malade voit ordinairement pendant le cours du glaucôme. J'ai, dans un cas, trouvé la rétine elle-même indurée et dégénérée, ce que d'autres auteurs ont également remarqué. J'ai déjà

dit que l'inflammation de la choroïde doit déterminer une irritation des nerfs ciliaires, et que c'est probablement à l'affection plus vive des nerfs ciliaires longs, et des artères correspondantes, qu'il faut attribuer la forme ovale de la pupille dans le glaucôme. Les vives douleurs sus-orbitaires s'expliquent par une réflexion sur l'origine du nerf frontal, et l'endolorissement général de la face par l'irritation du nerf alvéolaire, à laquelle se joint le phénomène commun à tous les nerfs sensoriels, de transporter la sensation à l'extrémité des dernières branches. Ces douleurs ne proviennent pas d'une affection interne du corps vitré : elles paraissent plutôt naître d'une irritation des nerfs ciliaires par l'inflammation ou la compression, ce qui fait qu'on les observe, tant dans l'ophthalmie interne ou choroïdite aiguë, que dans la cirsophthalmie, l'hydropisie de l'œil et le glaucôme, surtout dans ce dernier, où les deux causes exercent concurremment leur action. Ainsi Weller dit que, dans ces violentes douleurs, il y a manifestement congestion vers l'œil, et que ces phénomènes inflammatoires accompagnent la production du glaucôme. Lorsque la maladie a duré quelque temps, la lymphe épanchée entre la rétine et la choroïde commence parfois à s'organiser plus ou moins. Dans un cas dont j'ai déjà parlé, cette lymphe existait en grande quantité; elle est demeurée demi-transparente dans l'alcool, avec quelques petites stries rouges ayant l'apparence de vaisseaux nouveaux.

Comme les vaisseaux de la choroïde s'unissent avec ceux de la zone de Zinn, du cristallin et de la membrane hyaloïde, il est facile d'expliquer les suites du glaucôme. La capsule reçoit de la zone, et probablement aussi des procès ciliaires, des vaisseaux extrêmement grêles, qui lui apportent, ainsi qu'au cristallin, les sucs nécessaires à sa nutri-

tion. Mais on sait que quand le glaucôme a duré un certain laps de temps, il finit par survenir une cataracte, l'inflammation de la choroïde se transmettant à la zone de Zinn et à la capsule : la sécrétion de cette dernière membrane est troublée, elle devient probablement plus albumineuse, et le cristallin perd sa transparence. Walther a le premier signalé ce mode d'origine de la cataracte par suite d'une inflammation de la capsule cristalline, et d'autres écrivains l'ont aussi admise depuis. Une inflammation analogue de la capsule, qui d'ailleurs pourrait bien être fort différente quant à son caractère spécifique, paraît être, avec ou sans formation de vaisseaux, la cause la plus fréquente de la cataracte. Cette inflammation et cette formation de nouveaux vaisseaux sur la surface de la capsule cristalline se sont bien manifestement offertes à moi dans un œil atteint de cataracte traumatique, avec choroïdite et épanchement de liquide entre la choroïde et la rétine. L'injection ayant très bien réussi, on voit que les vaisseaux de la zone de Zinn passent sur la face antérieure de la capsule, qui adhère au cristallin lui-même, par suite de l'inflammation, et qui offre un noyau blanc dans le milieu; cette inflammation se propage, avec le temps, non-seulement à la capsule du cristallin, à la rétine et à la membrane hyaloïde, mais encore à l'hydro-méninge sur la face interne de la cornée, ce qui entraîne l'obscurcissement de celle-ci.

Ainsi tous les phénomènes du glaucôme s'expliquent sans peine par une exsudation à la suite d'une choroïdite, qui peut être aiguë ou chronique; et pendant le cours de ces maladies, les connexions vasculaires peuvent faire développer aussi des états pathologiques dans d'autres parties de l'œil : l'hypothèse d'une inflammation du corps vitré ou de la ré-

tine n'expliquerait rien, au contraire. Ainsi encore, la même maladie, c'est-à-dire la choroïdite a été décrite par la plupart des auteurs comme un groupe de maladies distinctes, sous les noms d'ophthalmie interne, de cirsophthalmie, de glaucôme, et même d'hydropisie de l'œil, qui ne sont que des terminaisons ou des conséquences diverses d'une même maladie fondamentale, la phlegmasie de la choroïde.

OBSERVATION

de kyste fibro-osseux développé sur le maxillaire; ablation; guérison,

Par le Dr VANZETTI, professeur de chirurgie clinique à l'Université impériale de Kharcoff (Russie), membre honoraire de la Société anatomique de Paris, de la Société médico-physique de Moscou, etc.

Un paysan de la Petite-Russie, âgé de 58 ans, et d'une constitution détériorée par le travail, qui, dès son enfance, avait, à la suite de la petite-vérole, perdu l'œil droit, vint dans l'année 1839 à notre clinique pour se faire traiter d'une tumeur qui le menaçait de lui faire perdre l'usage de l'œil gauche. Cet homme avait reçu, six ans auparavant, un coup de corne qui lui avait effleuré la joue : des douleurs vagues se firent sentir de temps à autre en cet endroit, et un an plus tard il s'aperçut d'une élévation qui, augmentant successivement et lui causant une sensation pénible, avait acquis le volume actuel.

On voit sur la partie latérale gauche de la face une tumeur à-peu-près ovoïde, qui de la tempe s'étend jusqu'à l'angle de la bouche, et du côté du nez, jusqu'à peu de distance du méat auditif. Les limites de cette tumeur sont tracées par une ligne courbe qui, partant de l'angle gauche de la bouche, se porte à l'aile gauche du nez, longe le côté de

cet organe, s'en écarte au tiers supérieur, pour s'incliner vers la moitié du pourtour inférieur et externe de l'orbite, jusqu'au-dessus de l'extrémité du sourcil, puis descend dans la direction du méat auditif, pour revenir à l'angle de la bouche.

Les organes qui sont placés sur les limites de la tumeur ont souffert un léger déplacement : la lèvre supérieure et l'angle gauche de la bouche sont refoulés en bas ; le lobe du nez est poussé vers le côté opposé, et son aile est appliquée à la cloison ; la paupière inférieure, la commissure palpébrale externe et l'extrémité du sourcil sont poussées en haut, et attirées en dehors, de sorte que la fente palpébrale est très oblique de dedans en dehors et de bas en haut, et les paupières peuvent à peine être entr'ouvertes ; l'œil est caché dans le fond de l'orbite, mais ses fonctions sont normales.

La peau qui recouvre la tumeur est saine, mobile ; sur le bout inférieur, le réseau veineux est plus manifeste, ce qui donne à ce bout un teint vineux. La tumeur est immobile, ses parois sont osseuses, mais à son bout inférieur, où la teinte de la peau est modifiée, elle présente une certaine élasticité : sans cette circonstance, qui faisait soupçonner qu'on avait affaire à un kyste, on aurait pu prendre la tumeur pour une exostose.

Décidé à exporter cette tumeur, qui n'offrait aucune trace de nature maligne, nous fîmes sur ces tégumens deux incisions, l'une dans le sens de son diamètre longitudinal, l'autre dans le sens de son diamètre transverse. Les quatre lambeaux furent disséqués, réfléchis, et la tumeur fut mise à nu : beaucoup d'attention fut nécessaire pendant que l'on disséqua le lambeau correspondant à la paroi inférieure et

externe de l'orbite, pour ne pas blesser la conjonctive palpébrale qui était appliquée à la surface de la tumeur.

Une fois mise à nu, la tumeur fut exportée, en agissant sur toute sa circonférence, en partie avec la scie à crête de coq, en partie avec la tenaille de Liston : elle était creuse, contenait à-peu-près une cuillerée d'un liquide séro-sanguinolent; ses parois étaient de l'épaisseur de deux à trois lignes, très compactes; mais au bout inférieur elles étaient amincies, et plutôt cartilagineuses qu'osseuses. La surface interne de la tumeur était inégale, hérissée et envoyait des colonnes osseuses dans différentes directions. Ce kyste reposait sur la paroi externe du sinus maxillaire, avait envahi l'os malaire, y compris le bord inférieur et externe de l'orbite, et même l'apophyse malaire du frontal.

Il resta, après l'ablation de la tumeur, une surface concave, hérissée, qu'on égalisa à l'aide des tenailles incisives et de la gouge; puis on appliqua exactement les quatre lambeaux sans faire de sutures, en prenant soin que leurs bords se correspondissent exactement; on superposa un peloton de coton, et à l'aide d'un bandage approprié on fit sur tous les points une compression modérée.

L'appareil ne fut enlevé qu'au cinquième jour, aucun symptôme n'ayant imposé la nécessité d'inspecter la plaie plus tôt. On trouva la paupière inférieure un peu œdématiée, et la conjonctive oculaire légèrement ecchymosée; mais les lambeaux étaient parfaitement accolés à la surface osseuse, dont les petites inégalités se laissaient apercevoir sur les lambeaux qui s'y étaient pour ainsi dire moulés : c'est à peine si l'on put exprimer quelques traces de pus sur quelques points des lignes de réunion des lambeaux. Une pression modérée fut continuée sur la plaie jusqu'au quinzième jour, époque à laquelle la guérison fut complète.

TROIS OBSERVATIONS

de tumeurs fibro-cartilagineuses du lobule de l'oreille formées à la suite de sa formation.

Par le Dr Vanzetti.

A la suite de la plaie que l'on fait pour percer les oreilles, il survient quelquefois un genre particulier d'affection qui n'a pas été, que nous sachions, noté par les auteurs. — C'est une tumeur fibro-cartilagineuse qui a pour racine la cicatrice de la plaie faite au lobule, et qui peut acquérir un certain volume. — Nous avons eu occasion d'observer trois faits de ce genre dans ces dernières années, et chaque fois la tumeur se trouvait au côté postérieur du lobule. Le premier cas appartenait à une fille de dix ans qui se présenta à la consultation clinique dans l'année 1839; le second appartenait à une fille de huit ans; le troisième, enfin, à une demoiselle de vingt-quatre ans, replète, de constitution lymphatique, qui, devant se marier dans quelques semaines, était peinée de paraître aux noces sans boucles d'oreilles, et vint au printemps de l'année 1842 nous prier instamment d'entreprendre une opération qui dût lui en procurer le moyen.

L'affection était très bien caractérisée, surtout chez la fille de dix ans, dont nous allons parler succinctement. Il y avait au côté postérieur du lobule de l'oreille droite une tumeur globuleuse, mamelonnée, à-peu-près de la forme et de la grandeur d'une noisette ordinaire : cette tumeur, d'une dureté extrême, était recouverte d'une peau mince, adhérente, de couleur naturelle, sur laquelle on voyait des ramifications veineuses très fines; sa base était appliquée au lobule, y adhérait seulement par une racine qui en traversait l'é-

paisseur, et la tumeur aboutissait à une petite cicatrice que l'on remarquait à sa surface antérieure. En pressant la surface antérieure du lobule contre la tumeur, on sentait cette racine, et on en reconnaissait l'extrême dureté; on pouvait facilement comprendre que ce prolongement n'était que la cicatrice de la plaie faite dans l'épaisseur du lobule lorsqu'on perça l'oreille.

Chez chacune de ces filles la présence des boucles d'oreilles avait causé des douleurs qui forcèrent leurs parens de les ôter bientôt après les avoir appliquées. Chez la seconde, la tumeur était d'une forme moins régulière et sa racine plus large. Ses parens avaient autrefois fait couper la tumeur à plat et percer l'oreille de nouveau pour réapliquer les boucles; mais l'enfant ne put les supporter, et la tumeur repoussa. La fiancée aussi avait fait plusieurs essais de ce genre, mais toujours sans succès; la racine de sa tumeur en devint plus large, et acquit une forme prismatique.

Dans chacun de ces cas l'ablation de la tumeur eut lieu en l'excisant d'abord à plat sur la surface du lobule, puis en cernant la racine par deux incisions elliptiques faites par ponction avec un petit ténotome. Les bords furent rapprochés avec un point de suture, et la plaie guérit sans accident. On ne se servit pas de cette plaie pour l'application des boucles, comme les personnes l'auraient désiré, et l'on conseilla de ne faire ponction nouvelle qu'à une époque beaucoup plus reculée.

A la section de ces tumeurs on trouva que le tissu du corps et de la racine étaient de nature fibro-cartilagineuse.

Au mois de novembre de l'année passée nous avons vu à la clinique du célèbre professeur *Syme*, d'Édimbourg, une femme qui portait au lobule de l'oreille droite, à la suite de

l'irritation qu'autrefois lui avaient causée les pendans, une affection en quelque sorte analogue à celle dont nous parlons, mais qui, cependant, en différait essentiellement. Dans ce cas, *toute l'épaisseur* du lobule était hypertrophiée, et avait subi une dégénérescence fibro-cartilagineuse. M. *Syme* excisa le lobule en faisant deux lambeaux qui, rapprochés par deux points de suture, se cicatrisèrent promptement.

REVUE CHIRURGICALE.

Nouveau forceps destiné à éviter le décroisement des branches, du docteur Tarsitani, de Naples.

Les accoucheurs ont reconnu par l'expérience que le décroissement des branches du forceps, nécessité par la mauvaise position de ces branches, n'est pas tout-à-fait aussi innocent qu'on a bien voulu le prétendre, et qu'il peut, au contraire, causer des lésions traumatiques funestes à la mère et à l'enfant. Aussi presque tous ont proscrit cette manœuvre; et, contrairement au conseil donné, notamment par madame Lachapelle, de placer d'abord la branche qui doit être en avant, ils ont posé comme règle générale, d'introduire toujours la branche à pivot la première, afin que celle à mortaise vînt facilement s'articuler sur elle. Il est vrai de dire que si l'on peut souvent éviter de blesser la mère et l'enfant, en introduisant la branche femelle après la branche mâle, il est des cas où l'accoucheur est *forcé* de violer ce précepte, comme cela a lieu dans quelques positions diagonales de l'extrémité céphalique, et dans toutes celles assez fréquentes où la tête du fœtus est disposée de telle manière qu'il est impossible d'introduire la branche à pivot la première, à cause de difficultés dont on ne se rend pas parfaite-

ment compte. Il faut, dans ces cas, avoir nécessairement recours au décroissement. Cette pratique est généralement suivie aujourd'hui.

Il n'y avait qu'un seul moyen d'éviter cette manœuvre : c'était d'imaginer un forceps dont les branches pussent toujours s'articuler avec facilité, quelle que fût celle introduite la première. Ce problème a occupé vivement l'attention des accoucheurs, et exercé la sagacité des fabricans d'instrumens de chirurgie, qui ont fait, surtout dans ce dernier temps, tous leurs efforts pour le résoudre. Mais chaque essai, après avoir laissé un instant entrevoir le succès, n'a abouti, en définitive, qu'à une déception. On croirait difficilement que, dans plus d'une centaine d'espèces de forceps connues dans science, il ne s'en trouve qu'une seule modifiée dans le but d'éviter le décroisement, et encore offre-t-elle des imperfections, dont quelques-unes n'ont pas été dissimulées par son inventeur lui-même (*Arch. génér. de méd.*, p. 467, avril 1843 ; Paris).

Le docteur Tarsitani, après un grand nombre d'essais, est arrivé à faire éviter, par un nouveau système de construction du forceps, et sans aucune complication mécanique, le décroissement des branches dans tous les cas d'accouchemens où cette manœuvre a été jusqu'à présent inévitable ; de sorte qu'il croit pouvoir maintenant poser comme règle générale, qu'*il est toujours* « indifférent d'introduire la première l'une « ou l'autre des branches, et si l'application de la branche introduite d'abord gênait l'introduction de la seconde, « on pourrait, comme ont coutume de le faire presque tous « les accoucheurs, retirer celle-là pour faire place à celle-« ci, sans que cette manœuvre nécessitât le décroisement. »

Le forceps qu'il propose, et qui a été approuvé par l'Académie royale de médecine de Paris, est le même que celui

qu'on emploie le plus ordinairement dans la pratique obstétricale, c'est-à-dire, celui de Levret ou de Baudelocque, modifié par Antoine Dubois. Il présente la même longueur, les mêmes courbures, le même mode d'articulation, et la donnée que l'une des branches doit être mâle et l'autre femelle, y est religieusement conservée. Il faut remarquer seulement, qu'à l'endroit où les branches se croisent pour s'articuler, chacune doit être évidée à la partie supérieure et dans la moitié de son épaisseur, afin qu'en faisant passer celle qui est inférieure sur la supérieure et, *vice versâ*, les cuillers se correspondent parfaitement. Le pivot, en outre, est double sur un seul axe, c'est-à-dire, proéminent non-seulement à la partie supérieure de la branche qui doit le porter, comme dans les forceps ordinaires, mais encore à la partie inférieure : de cette manière, il permet à la branche femelle de s'articuler très facilement avec la branche mâle, lorsque celle-là est au-dessous ou en arrière de celle-ci. Parmi les différens moyens d'union des deux branches, imaginés par les accoucheurs anciens et modernes, M. Tarsitani a donné la préférence à celui de pivot et de mortaise, qui est le plus usité. Mais il fait observer que si quelques accoucheurs aimaient mieux l'une des articulations qui tiennent du pivot et de l'encochure, on pourrait encore l'employer dans son forceps. Enfin, une charnière très solide, placée un peu en deçà de la mortaise de la branche femelle, permet à son manche de s'abaisser, lorsqu'il est levé, pour se mettre au même niveau que le manche de l'autre branche, et de s'élever, au contraire, pour la même raison, lorsqu'il est abaissé, comme il arrive quand on fait passer la branche droite sur la gauche, ou *vice versâ*. Ces trois petites modifications, qui n'altèrent nullement le parallélisme des cuillers suivant leur grand ou

leur petit diamètre, rendent l'articulation des deux branches toujours très facile, sans décroisement, et font conserver aux manches leur régularité. On peut encore, si on le veut, ajouter au forceps de M. Tarsitani le brisement des branches, un perce-crâne à l'extrémité d'un manche, et un crochet aigu à l'extrémité de l'autre, comme dans les forceps ordinaires.

Cet instrument, que nous avons examiné avec intérêt, réunit toutes les conditions de simplicité et de solidité des forceps ordinaires, et doit avoir, dans la pratique des accouchemens, des avantages réels sur tous ceux employés jusqu'à présent.

CHRONIQUE DES CHIRURGIENS.

Concours de l'agrégation. — (Section de chirurgie).

Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Gosselin, Voillemier, Giraldès, Marchal (de Calvi), et Cazeaux. Nos lecteurs reconnaîtront dans cette liste trois noms appartenant à des titres différens à la rédaction. Si on ajoute que M. Morel Lavallée, qui nous a fourni de si solides travaux sur les luxations de la clavicule, est un de ceux dont le jury a le plus remarqué les épreuves; on verra que les *Annales* ont à se féliciter de ce concours.

Voilà les exploits des jeunes chirurgiens. Voici ceux de M. Guérin : nous insérons en entier tous ces jugemens sans retrancher un mot. Nous aurions le droit de beaucoup omettre. Mais c'est là une page de l'histoire de notre époque chirurgicale, c'est un jugement, enfin ; et, comme il pourra nous servir à juger d'autres personnages encore que M. Guérin, nous le laissons dans son intégrité.

D'un jugement rendu contradictoirement, entre M. Jules Guérin, docteur en médecine, rédacteur en chef de la Gazette médicale, membre de l'Académie royale de médecine, chirurgien du service orthopédique de l'hôpital des Enfans, directeur de l'institut orthopédique de la Muette, demeurant au château de la Muette, commune de Passy (Seine), plaignant; et 1° M. Jean-Baptiste-André-Jules Henroz, docteur en médecine, rédacteur en chef du Journal *l'Expérience*, demeurant rue de Seine, n. 67, commune de Neuilly-sur-Seine; 2° M. Auguste Vidal (de Cassis), docteur en médecine, médecin en chef de l'hospice du Midi, rédacteur principal des *Annales de chirurgie*, demeurant à Paris, rue de Trévise, n. 10 *ter*; 3° M. Malgaigne, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des Cliniques, rédacteur en chef du *Journal de*

chirurgie, demeurant à Paris, rue de l'Arbre-Sec, n. 22, prévenus de diffamation, ledit jugement rendu en la *sixième chambre* du Tribunal civil de première instance de la Seine, jugeant en police correctionnelle, en date du 28 novembre 1843, enregistré :

Appert avoir été extrait ce qui suit : — Le Tribunal, après en avoir délibéré conformément à la loi, statuant sur les causes jointes, et faisant droit par un seul jugement : — En ce qui concerne la demande de Henroz contre Jules Guérin, à fin d'insertion dans la *Gazette médicale*, d'une réponse à deux articles insérés dans les numéros de ce journal publiés les 21 et 28 octobre dernier ; —Vu le désistement pur et simple donné par le plaignant ; —En ce qui concerne les poursuites de Jules Guérin contre Malgaigne, Vidal (de Cassis) et Henroz :

Attendu que Jules Guérin, en insérant dans la feuille du 1er juillet 1843, du journal la *Gazette médicale*, dont il est rédacteur en chef, un tableau statistique, intitulé : *Relevé général du service orthopédique de l'hôpital des Enfans*, service dont il est chargé, s'est par cela même soumis à l'examen et au contrôle en public, et surtout des personnes ayant intérêt à vérifier et discuter l'exactitude et la valeur des succès annoncés ;

Attendu que les inculpés ont tous trois cet intérêt en leur double qualité de docteurs en médecine et de rédacteurs de journaux de chirurgie et de médecine, mais qu'il y a lieu toutefois de rechercher si la discussion à laquelle ils se sont livrés a dépassé les limites d'une critique scientifique et sincère et présente les caractères de diffamation et d'injures envers Jules Guérin.

En ce qui concerne Malgaigne particulièrement : — Attendu, quant aux articles publiés dans la feuille du Journal *le Siècle*, du 6 août 1843, et dans les numéros de la *Gazette des Tribunaux*, du 9 septembre de ladite année., qu'il n'est nullement justifié qu'il ait participé d'une façon quelconque à leur rédaction ou à leur publication, et que si, dans une lettre signée de lui et de quinze autres chirurgiens, et qui a été publiée dans la *Gazette des hôpitaux*, le 28 septembre, il a déclaré en prendre la responsabilité, cette déclaration, dans les termes où elle est conçue, et dans les circonstances où elle a été faite, ne saurait cependant le rendre responsable vis-à-vis de la loi du fait de cette publication ; — Attendu, sur les articles, publiés dans les numéros du *Journal de chirurgie* de juillet, août et septembre dernier, que s'il résulte des débats, que sur certains points il s'en est rapporté trop facilement à des documens sans valeur, et a légèrement accueilli et publié des renseignemens à lui transmis, et s'il est constant d'ailleurs qu'il est sorti des bornes d'une discussion sage et modérée que lui commandaient particulièrement le rang qu'il occupe dans la science, l'importance et la publicité de son journal, il est néanmoins suffisamment établi qu'il n'a pas agi dans des vues d'intérêt privé, et que sa critique a été sérieuse et sincère ; —Attendu, quant à l'inculpation d'avoir participé dans un but coupable aux publications faites par Vidal (de Cassis) et Henroz, qu'il n'existe contre lui aucun indice de culpabilité.

En ce qui concerne Vidal (de Cassis) : Attendu, sur les articles

déjà énoncés du journal *le Siècle* et de la *Gazette des hôpitaux*, que s'il reconnaît avoir donné son avis sur quelques idées qui ont dû servir de base à ces articles, il n'est cependant pas établi qu'il ait agi dans une intention mauvaise, ou qu'il ait approuvé ou même connu la rédaction de ces articles avant leur publication, et que le fait d'avoir signé, lui seizième, la lettre du 28 septembre, déjà mentionnée, ne peut être incriminé à son égard, non plus qu'à l'égard de Malgaigne; — Attendu, sur l'inculpation d'avoir avec intention coupable pris part aux publications faites par Malgaigne et Henroz, que la plainte n'est sur ce point aucunement justifiée;— Attendu quant à la lettre publiée en septembre 1842, dans le *Journal de la chirurgie française et étrangère*, qu'il s'est écoulé plus de six mois entre le fait de la publication et la poursuite, et qu'ainsi l'action publique est éteinte;— Attendu, sur les trois autres articles publiés dans les feuilles du même journal, en juin, juillet et septembre dernier, l'un commençant par ces mots, *nous signalons*, et finissant par ceux-ci : *on fera le tour ;* l'autre commençant pas ces mots : *le temps est aux certificats*, finissant par ceux-ci, *à des prix très modérés;* le troisième commençant ainsi : *de tristes débats*, finissant par ceux-ci, *sur cette commission;* que Vidal (de Cassis), qui s'est reconnu l'auteur de ces articles ne s'y est point renfermé dans les limites d'une critique légitime; qu'il a employé à l'égard de Jules Guérin des termes de mépris et des expressions outrageantes, mais ne renfermant toutefois l'imputation d'aucun fait précis, notamment dans le paragraphe du premier article, commençant par ces mots : *si les faiblesses des sociétés savantes*, et finissant par ceux-ci, *dont il faudra surveiller la lignée ;* dans celui du même article, commençant par ces mots : *puisque la Gazette espère*, et finissant par ceux-ci, *quand ils seront trouvés on fera le tour;* dans le passage du deuxième article, commençant par ces mots : *le temps est aux certificats*, et finissant par ceux-ci, *Monsieur Guérin a donc compris qu'il fallait sortir de la spécialité pour réaliser ses désirs;* dans celui du même article commençant par ces mots : *ce sont là, selon nous, des avis qu'on se donne mal-à-propos*, et finissant par ceux-ci, *Monsieur Guérin n'a que des admirateurs, et cela dit, on a des prix très modérés ;* — et dans le paragraphe du troisième article, commençant ainsi : *quand il nous arrive de faire des merveilles*, et finissant par ces mots, *là ne se trouvent pas des miracles.* — Attendu que le fait que Vidal (de Cassis) avait à se plaindre d'une allégation de Jules Guérin, dans la *Gazette médicale* du 10 juin dernier, ne saurait, dans les circonstances de la cause, être considéré comme une excuse, et que dès-lors il est coupable, non point du délit de diffamation, mais bien du délit d'injures publiques envers Jules Guérin ; — Attendu, relativement à la demande en dommages-intérêts, que les articles injurieux dont est question ont causé à Jules Guérin un préjudice dont il a droit de demander réparation.

En ce qui concerne Henroz : —Attendu, quant à l'inculpation d'avoir avec mauvaise foi et dans le but de nuire, participé aux

publications faites par Malgaigne et Vidal (de Cassis) qu'il n'existe contre lui aucune charge à cet égard; — Attendu, quant aux articles qui ont été publiés dans les feuilles des 27 juillet, 3, 17 et 24 août dernier, du journal médical *l'Expérience*, dont il est rédacteur, l'un commençant par ces mots: *La lutte dont nous parlions*, et finissant par ceux-ci: *cette question préalable n'a été posée par personne;* l'autre commençant ainsi: *Le bruit court*, finissant par ces mots: *il y a certains hommes qui ne reculent pas devant certaines choses;* le troisième commençant par ces mots: *Il n'est plus question*, et finissant par ceux-ci: *inconcevable document;* le quatrième commençant ainsi: *Nous ne pensons pas revenir sur la statistique*, et finissant par ces mots: *pour porter la lumière au sein de tous ces mystères de l'orthopédie:* que dans trois articles, ceux publiés les 27 juillet, 17 et 24 août, Henroz ne s'est point borné à signaler et discuter dans un but scientifique les actes de Jules Guérin, mais que de consentement et altérant avec l'intention mauvaise d'exposer celui-ci au discrédit et au mépris public, il lui a imputé des faits de nature à porter une atteinte grave à son honneur et à sa considération, notamment dans le paragraphe du premier article commençant par ces mots: *Vous savez que messieurs*, finissant par ceux-ci: *mais il a fait fortune.* dans celui du même article commençant par ces mots: *Tant de merveilles*, finissant par ceux-ci: *tout le profit qu'elle espérait;* dans le passage de l'article publié le 10 août, commençant par ces mots: *Nous le demandons, quelle conséquence*, finissant par ces mots: *ah! tant de faiblesse est presque de la complicité;* et à la fin de l'article du 24 août, à partir de ces mots: *La simple exposition des faits dispense de tout commentaire;* — Attendu qu'il a inséré dans les mêmes articles, et dans celui publié le 3 août, des expressions simplement outrageantes pour Jules Guérin, notamment dans le paragraphe du premier article commençant par ces mots: *Nous n'en avons pas fini avec l'orthopédie;* finissant par ceux-ci: *cette question préalable n'a été posée par personne;* et dans l'article publié le 3 août, qu'il n'y a point lieu de lui tenir compte de cette circonstance, qu'il s'est rétracté relativement à l'imputation du fait dont est question à la fin de l'article publié le 24 août, la rétractation ayant eu lieu non point de suite et spontanément, mais tardivement, et seulement sur l'annonce et la crainte de poursuites, et n'ayant point d'ailleurs fait disparaître entièrement le dommage souffert, et que dès-lors il est coupable des délits de diffamation et d'injures publiques. — Attendu, quant à la demande en dommages et intérêts que les articles diffamatoires et injurieux dont il s'agit ont été dommageables à Jules Guérin, et qu'il lui est dû réparation par Henroz.

Par tous ces motifs, vu les articles *treize*, *dix-huit* et *dix-neuf* de la loi du 17 mai 1819, vu aussi à l'égard de Henroz l'article *trois cent soixante-cinq du Code d'instruction criminelle*, aux termes duquel en cas de conviction de plusieurs délits la peine la plus forte doit être seule appliquée. — Faisant application à Henroz de l'article *dix-huit* de la loi du *dix-sept mai mil huit cent dix-neuf*, et à Vidal (de Cassis) des disposition de l'article 19 de

ladite loi; vu aussi l'article 26 de la loi du 28 du même mois, dont il a été donné lecture par le président et qui sont ainsi conçus : — Art. 18. *La diffamation envers les particuliers sera punie d'un emprisonnement de cinq jours à un an, et d'une amende de vingt-cinq francs à deux mille francs, ou de l'une de ces deux peines seulement selon les circonstances.* — Art. 19. *L'injure contre les particuliers sera punie d'une amende de seize francs à cinq cents francs.* — Art. 26. *Tout arrêt de condamnation contre les auteurs ou complices des crimes et délits commis par voie de publication ordonnera la suppression ou la destruction des objets saisis ou de tous ceux qui pourront l'être ultérieurement en tout ou en partie suivant qu'il y aura lieu pour l'effet de la condamnation, l'impression ou l'affiche de l'arrêt pourront être ordonnées aux frais du condamné ; ces arrêts seront rendus publics dans la même forme que les jugemens portant déclaration d'absence.* — Donne acte aux parties du désistement donné par Henroz, renvoie Guérin des poursuites qui ont été contre lui exercées, et condamne Henroz partie civile aux dépens desdites poursuites.

Renvoie Malgaigne des fins des plaintes contre lui portées et condamne Guérin en ce qui le concerne aux dépens. — Déclare l'action publique éteinte quant à l'article publié dans le numéro du *Journal de chirurgie française et étrangère*, de septembre mil huit cent quarante-deux.

Renvoie Vidal (de Cassis) des fins des poursuites quant aux articles publiés par Malgaigne et Henroz; quant à ceux publiés dans le *Siècle* et dans la *Gazette des hôpitaux*, et quant à l'inculpation de diffamation dirigée contre lui relativement à ses propres publications ; le condamne à cent francs d'amende à raison du délit d'injures publiques dont il est reconnu coupable; le condamme, par corps, à payer à Jules Guérin la somme de cinq cents francs à titre de dommages-intérêts.

Renvoie Henroz des fins de la plainte relativement aux publications faite par Malgaigne et Vidal (de Cassis); — le condamne à deux cents francs d'amende à raison des délits d'injures publiques et de diffamation dont il s'est rendu coupable par ses propres publications; — le condamne, par corps, à payer à Jules Guérin la somme de cinq cents francs à titre de dommages-intérêts, ordonne la suppression des articles qui, ayant donné lieu aux condamnations, pourront être saisis. — Ordonne que le présent jugement sera rendu public dans les mêmes formes que ceux portant déclaration d'absence, et qu'il sera de plus inséré dans le *Journal de la chirurgie française et étrangère*, dans le journal *l'Expérience*, et dans trois journaux quotidiens au choix du sieur Jules Guérin, et le tout aux frais de sieurs Vidal (de Cassis) et Henroz, chacun par moitié; — Condamne Vidal (de Cassis) et Henroz aux dépens, mais en ce qui les concerne seulement, lesquels dépens avancés par Jules Guérin sont liquidés, savoir : pour ceux à la charge de Henroz, huit francs quatre-vingt-cinq centimes, dans lesquels ne sont pas compris les coût et enregistrement du présent jugement; — fixe à une année la contrainte par corps qui pourra être exercée contre ce dernier, et ce confor-

mément aux dispositions des articles 7 et 40 de la loi du dix-sept avril mil huit cent trente-deux.

D'un arrêt rendu contradictoirement par la Cour royale de Paris, en la chambre des appels de police correctionnelle, le seize février mil huit cent quarante-quatre, enregistré : Entre M. Jules Guérin, docteur en médecine, rédacteur en chef de la *Gazette médicale*, membre de l'Académie royale de médecine, chirurgien du service orthopédique de l'hôpital des Enfans, directeur de l'institut orthopédique de la Muette, demeurant au château de la Muette, commune de Passy (Seine), plaignant;

Et 1° M. Auguste Vidal (de Cassis), docteur en médecine, médecin en chef de l'hospice du Midi, rédacteur principal des *Annales de chirurgie*, demeurant à Paris, rue de Trévise n° 10 *ter* 2° M. Jean-Baptiste-André-Jules Henroz, docteur en médecine, rédacteur en chef du journal *l'Expérience*, demeurant rue de Seine n° 67, commune de Neuilly-sur-Seine; 3° M. Malgaigne, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des Cliniques, rédacteur en chef du *Journal de chirurgie*, demeurant à Paris, rue de l'Arbre-Sec n° 22, tous trois prévenus.

Et encore entre M. le procureur du roi près le Tribunal de première instance du département de la Seine, plaignant, et ledit Malgaigne, prévenu;

Appert avoir été extrait ce qui suit :

La Cour, statuant sur les appels respectivement interjetés par Vidal et Henroz, par Jules Guérin contre les trois inculpés, et par le ministère public contre Malgaigne, du jugement sus-transcrit :

Considérant, sur les articles publiés dans le *Journal de chirurgie*, de juillet, août et septembre derniers, que si Malgaigne, en contestant l'exactitude de la statistique publiée par Guérin, s'est fondé sur des documens trop légèrement recueillis, il est sorti des bornes de la modération, et d'une critique purement scientifique, on ne trouve pas, néanmoins, les caractères de la diffamation ou de l'injure dans les articles incriminés;

Considérant, en ce qui touche les allégations relatives aux appareils et aux moulages, qu'il résulte des circonstances de la cause, que Malgaigne n'a point imputé à Guérin d'avoir profité du produit de la vente desdits objets, et qu'il a constamment protesté contre cette interprétation.

Et adoptant, sur les autres chefs, les motifs des premiers juges, met les appellations au néant, ordonne que ce dont est appel sortira son plein et entier effet;

Condamne les appelans chacun aux tiers des dépens faits devant la Cour, et liquidés à la somme de dix francs quatre-vingt-quinze centimes.

Déclare Jules Guérin personnellement tenu, comme partie civile, de deux tiers des dépens mis à la charge de Vidal et de Henroz, sauf tout recours de droit.

VIDAL (DE CASSIS), *Rédacteur principal.*

ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

DES ABCÈS PHLEGMONEUX INTRA-PELVIENS,

Par M. Marchal (de Calvi).

(Voyez la 1re partie, page 236 et suivantes).

CHAPITRE III. — *Anatomie pathologique.*

Nous étudierons d'abord l'anatomie de l'abcès, ensuite les altérations des parties environnantes.

Abcès. — Sur un nombre de 16 autopsies, dont 12 sont consignées parmi nos 50 observations, nous trouvons 5 exemples d'abcès dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, 3 d'abcès sous-aponévrotique, 1 d'abcès intra-péritonéaux multiples, 2 d'abcès intra-péritonéal simple, 2 d'abcès ovarique et 3 d'abcès mixte. Dans l'un de ces trois derniers cas, il y avait un abcès péritonéal et un abcès ovarique; dans l'autre, il y avait des abcès intra-péritonéaux, plus un abcès du ligament large; dans le troisième, on trouva des abcès intra-péritonéaux, plus une infiltration purulente et un gonflement du tissu cellulaire sous-péritonéal. On pourrait établir quatre variétés anatomiques de ces abcès; savoir :

1° abcès du tissu cellulaire sous-péritonéal ; 2° abcès de l'espace sous-aponévrotique ; 3° abcès ovariens ; 4° abcès intra-péritonéaux simples ou multiples. Les autopsies montrent un nombre assez considérable de ces derniers. Est-ce à dire qu'ils soient les plus communs? Non pas ; mais ils sont les plus graves en raison de la péritonite, dont ils ne sont que le résultat. Nous ferons deux *classes* d'abcès puerpéraux : la première comprenant les abcès du tissu cellulaire sous-péritonéal, les abcès ovariens, et les abcès intra-péritonéaux ; la seconde, comprenant les abcès ~~de l'espace~~ sous-aponévrotique. Ce serait beaucoup plus souvent le tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque, que celui des ligamens larges, qui deviendrait le siége des abcès puerpéraux. M. Grisolle le croit ainsi, et les faits semblent le prouver. Mais plus d'exactitude dans la description est à désirer, sous ce rapport, dans les observations ultérieures. Nous venons de voir, dans le service de M. Andral, un cas dans lequel il est très facile de déterminer que l'abcès a pour siége la fosse iliaque : la tumeur est allongée le long du bord antérieur de l'os des îles.

Première classe. — Nous diviserons la marche de l'abcès en quatre périodes, auxquelles nous rapporterons les caractères anatomiques.

Première période. — *Formation de l'abcès* (phlegmon). Nous voyons, dans une de nos observations, qu'il existait un développement énorme du tissu cellulaire situé dans la duplicature du ligament large. Dans le tissu cellulaire voisin, vers la fosse iliaque, l'altération était plus avancée : le pus était formé, et à l'état d'infiltration ; encore quelques jours, quelques heures peut-être, et l'infiltration serait devenue une collection, un abcès. Ainsi : 1er *degré*, engorgement ; 2e *degré*, infiltration ; 3e *degré*, abcès,

Dans la péritonite puerpérale, on trouve souvent le tissu cellulaire des ligamens larges infiltré, tuméfié. Cette circonstance montre l'identité étiologique et le rapport intime des phlegmons intra-pelviens, suite de couches, avec la péritonite puerpérale. . . . .

Dans un cas que nous avons observé nous-même, mais seulement en ce qui touche l'autopsie, l'un des ovaires était plus gros du double que l'autre : très rouge à l'intérieur, il présentait des taches d'un rouge plus foncé, qui, à côté, étaient devenues de petits abcès, lesquels, bientôt confondus par de petites collections intermédiaires successivement développées, auraient fini par convertir l'ovaire en un kyste purulent, comme dans plusieurs de nos observations. Ainsi : 1.er *degré*, tuméfaction et hypérémie ; 2.e *degré*, foyers sanguins multiples ; 3.e *degré*, foyers purulens multiples ; 4.e *degré*, fonte purulente générale, abcès.

Les ecchymoses sont un caractère assez commun de l'état puerpéral. Le sang se dépose en nature dans les tissus, puis il se transforme. Ces épanchemens ecchymotiques indiquent un rapprochement naturel entre l'état puerpéral morbide et plusieurs autres états pathologiques caractérisés par l'altération du sang. . . . .

Deuxième période. — Abcès formé. Nous devons envisager l'abcès : par rapport à ses parois ; par rapport à son contenu.

Parois. Quand l'abcès siége dans l'ovaire, son volume est aisément appréciable. Il était gros comme un œuf de poule, dans une observation de M. Bouchut (obs. 44e) ; comme les deux poings d'un homme, dans une autre de Mad. Boivin (obs. 20e). Quand il s'est creusé dans le tissu cellulaire, l'abcès est souvent mal circonscrit, et d'une capacité difficile à déterminer. C'est ici qu'il convient de rappeler l'observation de

M. A. Bérard (26e), exemple si remarquable de migration du pus. Dans le péritoine, la poche est formée de fausses membranes, et peut être partagée en plusieurs loges (obs. 11e, 22e). Il y a de grandes variétés dans l'épaisseur du kyste. Un de nos faits (obs. 39e) nous le montre lardacé, et comme cartilagineux. Dans une observation de Mad. Boivin (obs. 20e), la surface extérieure de la poche purulente était sillonnée de nombreux vaisseaux fins, d'un beau rouge vermillon. Dans notre observation 19e, la cavité du foyer était d'un gris noirâtre et tapissée par une membrane pseudo-muqueuse. Dans la 39e, extraite du mémoire de M. Bourdon, la membrane interne de l'abcès « représentait bien une membrane pyogénique. » La suivante (40e) nous montre un abcès dont les parois, épaisses de 3 millim., offraient à leur face interne un aspect de membrane muqueuse et une teinte de gris foncé. Dans un cas de M. Gibert (*Archives générales de médecine*, t. xv, p. 610), le foyer, étendu du rein à l'arcade crurale, était tapissé par une membrane *celluleuse rouge et enflammée*.

Contenu. S'il s'agit d'un kyste ovarique ayant suppuré, on peut trouver au milieu du pus, des poils, de l'adipocire (obs. 20e). Le pus est épais, crémeux, inodore, louable enfin, ou épais, visqueux et fétide; plus souvent il est séreux, mal lié, *laiteux*, et inodore ou fétide. Fréquemment il tient en suspension des flocons, des masses albumineuses, d'un volume quelquefois considérable, susceptibles (cela est du moins supposable) de se transformer à la longue et de se présenter sous la forme de ces corps libres du péritoine qui ont tant embarrassé les anatomo-pathologistes. Dans un cas de M. Mélier, une masse de ce genre pesait 250 grammes environ. C'étaient ces masses que les anciens prenaient pour

du lait caillé. La quantité du pus est très variable; il peut y en avoir plusieurs livres.

Nous avons parlé de la fétidité du pus. Dans deux cas (obs. 38e et 40e) on lui a trouvé l'odeur alliacée. Il n'est pas question une seule fois, dans nos observations, de l'odeur stercorale. Le pus d'un abcès puerpéral de la fosse iliaque gauche, ouvert par M. le professeur Auguste Bérard, à la Pitié, en notre présence, avait cette odeur. Le pus est quelquefois mêlé de sang. Dans le cas de Mauriceau (obs. 1re) la matière consistait en *une espèce de lie de vin rouge et de vin blanc*, ce qui nous a fait penser que l'abcès avait commencé par un trombus (abcès sanguin). Le pus varie dans le même abcès, à diverses époques. Il peut être mêlé de gaz, soit parce qu'il y a tympanite, comme dans le fait de Pujol (nous avons dit que cette observation est un cas d'épanchement et non d'abcès), soit parce que le foyer est en rapport avec l'intestin.

Troisième période.—*Abcès ouvert.* L'abcès s'ouvre à l'extérieur ou à l'intérieur.

A l'extérieur. La paroi abdominale (muscles, aponévroses, tissu cellulaire, peau) s'ulcère. Voici ce que nous avons vu dans le cas précité de M. A. Bérard : les parties molles, dans le point où l'incision a été faite, étaient transformées en un tissu dense, homogène, strié de jaune (les stries représentant les fibres musculaires dénaturées). M. Bérard était arrivé au foyer, et nous n'avions pas vu que les muscles avaient été divisés. Telle doit être la marche ordinaire. L'inflammation transforme le tissu musculaire et le dispose à l'ulcération, qui autrement semble ne pouvoir l'attaquer.

A l'intérieur. Il se présente deux cas : *a* l'ouverture spon-

tanée est précédée de l'adhésion des parois du kyste à un organe creux, au travers duquel le pus doit se faire jour; à l'adhésion préalable ne s'établit pas.

a. Nous n'avons point de détails sur l'organisation intime des parties au moment où l'adhérence tutélaire se forme, et où l'abcès va s'ouvrir. Ce point d'anatomie pathologique serait curieux à examiner avec les moyens actuels d'investigation anatomique.

Chez un de nos sujets, l'abcès communiquait avec le vagin, au moyen d'une ouverture large, irrégulière, à bords mous, frangés et noirs, occupant la paroi droite du vagin presque entièrement détruite. La communication entre l'abcès et l'ouverture de dégagement, outre qu'elle est plus ou moins large, est plus ou moins directe; double condition qui fait varier la facilité de l'écoulement du pus, et à laquelle se rattachent le plus ou moins de facilité de la détersion de l'abcès, et sa tendance à s'ouvrir ailleurs quand l'ouverture actuelle n'est pas convenablement établie. Y aurait-il deux modes de perforation : l'ulcération et la gangrène? Cela est possible; mais rien ne nous le démontre.

b. Lorsque l'abcès s'ouvre sans adhésion préalable, le pus s'écoule dans le péritoine, et on trouve généralement, à l'autopsie, les traces d'une péritonite violente.

Quatrième période. — Abcès cicatrisé. Il subsiste souvent, pendant un temps plus ou moins considérable, après l'oblitération du foyer, une induration des tissus environnans. L'occasion ne s'est pas présentée, du moins que nous sachions, d'étudier anatomiquement ces indurations consécutives; mais on peut se représenter aisément ce que devient le tissu cellulaire sous l'influence d'une inflammation prolongée. On observe, d'ailleurs, le même phénomène à la

suite des abcès extérieurs. La cicatrice est plus ou moins enfoncée ; elle se continue quelquefois avec les indurations dont il vient d'être parlé.

Deuxième classe. — Abcès sous-aponévrotiques (psoïte puerpérale). Nous en avons un remarquable exemple dans une observation de M. Perrochaud (*Bull. de la Soc. anat.*). La désorganisation avait atteint, non-seulement le psoas et l'iliaque, mais encore le carré des lombes. Il y avait deux abcès, l'un iliaque, l'autre dorso-lombaire, communiquant à travers le muscle carré et les feuillets antérieur et moyen du muscle transverse. C'était, avec d'énormes dimensions, un de ces abcès en forme de bouton de chemise qu'a signalés M. Velpeau. On voyait des débris de muscle infiltrés de pus. Ce détail nous importe, en ce qu'il nous met peut-être sur la voie du mécanisme de ces désorganisations. Tout ce qui peut suppurer dans le muscle, le tissu cellulaire interstitiel, suppure ; ensuite les fibres charnues, isolées, cessent de vivre, se décomposent, et la forme putrilagineuse succède à l'infiltration.

Dans un cas de M. Vigla (*ibid.*), les muscles psoas, iliaque et carré lombaires étaient en grande partie réduits en une bouillie verdâtre. Une perforation du *fascia iliaca* faisait communiquer l'espace sous-aponévrotique avec le cœcum lui-même perforé. Il existait en même temps une petite collection de pus isolée dans le ligament large du côté droit. L'abcès s'étendait en bas jusqu'à l'arcade crurale, en haut, jusqu'aux attaches du diaphragme : il avait pour parois, *en avant*, l'extrémité droite et inférieure du foie, qui en recevait une coloration verdâtre, la capsule sus-rénale, la face postérieure du rein, le feuillet antérieur de l'aponévrose du muscle transverse, et médiatement le colon ascendant, le

péritoine; plus bas l'aponévrose du muscle iliaque et le cœcum; *en arrière*, la face antérieure des dernières côtes, qui en étaient séparées par les insertions du diaphragme et du transverse, le muscle carré des lombes, une portion du psoas, l'iliaque; *à droite*, les fibres postérieures du muscle transverse, le grand dorsal, la crête de l'os des îles; *à gauche*, les insertions du psoas, celles du diaphragme. Les filets du plexus lombaire, qui se ramifient à la surface ou entre les fibres les plus superficielles des muscles, étaient d'un blanc mat, ramollis, et se déchiraient avec la plus grande facilité.

Une observation de M. Guéneau de Mussy (*Lancette française*, t. v, n° 14), nous montre les muscles psoas, iliaque désorganisés, et infiltrés d'un liquide noirâtre, épais, extrêmement fétide, s'étendant jusqu'au-dessous de leur insertion au petit trochanter.

Dans notre observation 19ᵉ, les fibres musculaires n'étaient que disséquées par le pus.

On peut admettre une psoïte puerpérale consécutive, dans laquelle le fascia est détruit, et le muscle attaqué par suite de l'existence d'un abcès dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et une psoïte puerpérale primitive, dans laquelle la maladie affecte de prime abord le tissu cellulaire sous-aponévrotique et les muscles.

ÉTAT DES PARTIES QUI ENTOURENT L'ABCÈS. *Péritoine.*—Si la mort a eu lieu par suite de péritonite, le ventre est plus ou moins tendu; sa cavité est remplie de sérosité trouble, jaunâtre, lactescente, séro-purulente, mêlée de flocons albumineux; le péritoine, selon l'acuité et la durée de l'inflammation dont il a été le siége, est dépoli, coloré en rouge par l'injection des vaisseaux sous-séreux, qui quel-

quefois sont visibles même au travers des pseudo-membranes dont il est tapissé; les portions voisines de l'intestin adhèrent souvent entre elles, circonscrivant des espaces constitués en forme d'abcès. Dans l'observation déjà citée de M. Vigla, le péritoine offrait une couleur noire due à l'imbibition par un liquide sous-jacent. Détaché et lavé, il reprit sa couleur et sa transparence.

Intestins. Vessie. — On voit les intestins adhérer à la tumeur. Notre observation 11ᵉ présente, sous ce rapport, une déviation remarquable de l'arc du colon. Différentes parties des intestins, est-il dit, paraissaient avoir été attirées comme par force vers la tumeur. Dans l'observation 19ᵉ, nous voyons des adhérences unir la vessie et le rectum à l'utérus. Ailleurs (obs. 20ᵉ), le rectum adhère dans toute sa paroi postérieure à la face interne du sacrum.

Organes génitaux. Dans un cas de M. Andral, l'utérus était engorgé et ramolli. L'organe peut n'avoir pas repris son volume naturel. On l'a trouvé plein de débris placentaires et d'un détritus infect; mais il s'agissait d'une péritonite (obs. 50ᵉ). Dans un cas où le pus s'était fait jour à travers le col utérin et par le vagin, ces deux parties étaient colorées en rouge vif (obs. 19ᵉ). Souvent l'utérus est dévié. C'est ce qui avait lieu dans notre observation 49ᵉ, dans laquelle il était, en outre, abaissé, après avoir été élevé.

Vaisseaux. — *Artères.* On n'a pas examiné anatomiquement l'état des artères pelviennes à la suite des abcès puerpéraux du bassin. Cependant ces artères peuvent être affectées, comme nous l'avons vu, par des signes indubitables, dans une observation de M. Grisolle. — *Veines.* On s'est beaucoup préoccupé de l'état des veines. Dans le cas de M. Mélier, la veine iliaque externe,

presque en totalité, et la veine crurale, dans l'étendue de 6 à 8 centimètres, étaient oblitérées par un caillot adhérent; la surface interne du vaisseau était rouge, comme piquetée de points purulens. Dans l'observation de M. Tardieu, la veine cave, fermée au cours du sang, était aplatie au-dessus du point où adhérait le caillot. Mais l'observation la plus remarquable sous ce rapport est celle de M. Andral. Un grand nombre de veines de l'excavation du bassin étaient distendues; un sang coagulé auquel était mêlé (comme dans le cas de M. Mélier), sous forme de gouttelettes éparses, un liquide blanchâtre, qui fut comparé à du pus, les remplissait. Les mêmes particularités se faisaient remarquer dans la veine iliaque et dans la veine cave : les parois veineuses étaient saines; il y avait des abcès métastatiques dans le poumon, dans le foie, et jusque dans le cerveau. Ce fait date du moment où M. Velpeau relevait le drapeau de l'humorisme. M. Andral se plaît à le constater dans une note de son livre. — *Vaisseaux et ganglions lymphatiques.* M. Cruveilhier a trouvé souvent les vaisseaux lymphatiques de l'utérus et des ligamens larges suppurés, à la suite de la péritonite puerpérale. L'attention des chirurgiens ne s'est pas fixée sur cette complication dans les abcès puerpéraux du bassin. Toutefois, M. Deville nous a dit avoir constaté cette lésion anatomique sur des femmes mortes à la suite d'abcès de ce genre, qu'il a eu l'occasion d'examiner dans les pavillons de l'Ecole pratique. Quant aux *ganglions*, nous voyons, dans notre 28e observation, que les *glandes de l'aine et de l'extrémité inférieure* étaient engorgées. Dans celle de M. Amb. Tardieu (35e), les ganglions inguinaux étaient compris dans la masse purulente.

Nerfs. — On les trouve disséqués par le pus. Ils peuvent

être altérés, ramollis, comme on l'a vu dans l'observation de M. Perrochaud.

Os. — On a vu les symphyses écartées, et cet écartement pourrait bien avoir occasionné l'abcès. Les apophyses transverses des vertèbres lombaires étaient dénudées, dans le cas de M. Perrochaud.

CHAPITRE IV. — *Symptomatologie.*

ÉPOQUE DE L'INVASION. — En réunissant à nos observations dix-sept cas puisés dans les auteurs (dont neuf ont été publiés par M. Lever), nous avons un total de soixante-sept faits, et, sur ce nombre, trente-huit, dans lesquels l'époque de l'invasion a été indiquée. Nous avons partagé ces trente-huit cas en quatre catégories : la première comprenant ceux dans lesquels les symptômes se sont manifestés du premier au second jour inclusivement ; la seconde, ceux dans lesquels ils se sont produits du troisième au dixième jour inclusivement ; la troisième, les cas dans lesquels le début a eu lieu du onzième au vingtième jour inclusivement ; la quatrième, enfin, les cas dans lesquels l'invasion varie entre le vingt-et-unième jour et un mois.

SYMPTÔMES DE L'INVASION. — Il se fait dans l'économie un grand mouvement de liquides. Des voies, qui étaient ouvertes ou qui allaient s'ouvrir, se ferment ou restent fermées : les lochies s'arrêtent ou diminuent ; les mamelles s'affaissent. Il y a un frisson dans tout le corps jusqu'à ce que l'orage puerpéral se soit fixé. Le frisson se répète quelquefois plusieurs jours de suite, comme dans notre observation 18ᵉ. Il n'a été noté que 7 fois à titre de phénomène initial ; mais nous avons lieu de le croire beaucoup plus fréquent. La sup-

pression des lochies n'a été notée que 8 fois sur 31 cas ; et l'affaissement des mamelles n'est mentionné que 6 fois. Ces chiffres n'ont rien de définitif. Il faut en appeler à des observations plus complètes.

La douleur est le symptôme le plus constant. Elle est notée 31 fois dans nos observations. Elle s'étend à tout le ventre et reste générale (10 sur 31), ou bien, d'abord générale, elle se fixe ensuite, se cantonne dans un point (2 sur 31), ou encore elle est à-la-fois générale et locale, c'est-à-dire plus vive dans un point (6 sur 31), ou enfin elle débute et reste dans le point où le phlegmon se développera (13 sur 31). Elle est quelquefois très vive. Dans notre observation 14ᵉ, elle était exaspérée au plus léger contact. Dans l'observation 24ᵉ, la toux, le moindre mouvement, l'augmentaient. Elle se présente quelquefois sous la forme d'élancemens violens (obs. 48ᵉ).

La diarrhée a été observée 7 fois sur 31 cas; la constipation, 1 fois seulement. Dans 2 cas la constipation et le dévoiement se sont succédés. 6 fois, on a noté des vomissemens.

Le ventre est ballonné, sonore, tendu : on l'a trouvé tel 11 fois sur 31 cas.

La malade éprouve des envies continuelles d'uriner ou de la douleur, de la gêne, des élancemens en urinant. La miction peut être tout-à-fait impossible.

Il y a généralement de la fièvre ; elle peut être très intense. Il s'en faut que l'état du pouls soit indiqué dans toutes nos observations ; mais nous sommes autorisé à affirmer, d'après les faits observés par nous-même, que, communément, la circulation est plus ou moins activée. Le pouls est d'abord petit, serré ; ensuite il devient mou, dépressible, comme sudoral.

Il y a de l'oppression (obs. 4e, 14e).

Dans deux de nos observations, le début fut signalé par des pertes utérines qui, dans un cas, avaient déjà eu lieu pendant la grossesse.

La flexion de la cuisse, l'engourdissement, la pesanteur du membre, la difficulté de la marche, ont été observés dès le début.

Décubitus dorsal ordinairement, latéral dans un cas. La face présente une physionomie particulière où se peignent à-la-fois l'anxiété et une espèce de stupeur.

Dans les signes qui viennent d'être énumérés, il y en a plusieurs qui appartiennent à la péritonite; et, en effet, les abcès puerpéraux du bassin sont souvent liés à cette inflammation.

Mais la plupart de ces signes peuvent manquer, et le début peut être à peine marqué. L'accouchée, sans éprouver d'autre accident qu'une douleur légère avec pesanteur dans l'aine (obs. 17e), sort, vaque à ses travaux pendant un certain temps.

Symptômes ultérieurs. — Nous les distinguons en symptômes locaux et en symptômes généraux

Symptômes locaux. — Ils doivent être distingués eux-mêmes suivant qu'ils dépendent de la tumeur ou des parties avec lesquelles celle-ci est en rapport, et qui souffrent de la compression qu'elle leur fait éprouver.

1° *Symptômes propres à la tumeur*. — Il commence par y avoir un simple empâtement; la région iliaque ne fait pas saillie encore; la douleur est le seul phénomène qui décèle l'imminence ou la formation d'un travail morbide local. Plus tard, si l'art n'est intervenu efficacement, le relief iliaque se prononce, et l'on commence à

distinguer le contour d'une tumeur qui bientôt se dessine plus nettement. Il faut pour cela que le ventre soit dépressible autour d'elle, faute de quoi l'abcès commençant, ou phlegmon, se confond dans le météorisme général et n'est plus distinct que par la percussion. Cette tumeur, que nous supposons bien dessinée, a un volume plus ou moins considérable, suivant l'époque à laquelle on l'examine et l'intensité de l'acte morbide. Elle est grosse comme une orange, comme une tête de fœtus. Une tumeur que nous avons examinée dernièrement dans le service de M. Rayer, à la Charité, avait ce dernier volume. Elle peut remonter jusqu'à l'ombilic, jusqu'à l'épigastre. Elle paraît être plus souvent ovoïde que globuleuse ; le ligament de Fallope mesure son grand axe. Cette tumeur est d'abord dure ; elle est mate, élastique, sans bosselures. Elle est dans le petit bassin, ou couchée sur la paroi interne du grand. Elle peut être à cheval sur les deux : on en sent alors une partie dans le grand bassin, tandis que l'autre partie s'enfonce dans le petit.

La tumeur est plus ou moins sensible à la pression, ou insensible même à une pression assez forte. Mais, généralement, elle est douloureuse au toucher, ce qui doit rendre circonspect pour l'exploration.

Lorsque le pus s'est formé, ce qui est souvent annoncé par la pulsation locale, un signe nouveau se produit : la fluctuation. On la détermine par la palpation abdominale, par le toucher rectal, par le toucher vaginal. Il ne faut jamais négliger ces deux touchers, alors même que la palpation abdominale aurait fait reconnaître la fluctuation. On s'assure ainsi, non plus d'un signe dont la constatation est acquise, mais de la tendance de l'abcès à se porter dans un sens ou

dans l'autre, et l'on se donne le moyen d'aider la nature. Le toucher vaginal, nous l'avons expérimenté, est plus facile en passant la main au-dessous de la cuisse de la malade, celle-ci étant couchée. Le doigt, quand on explore en passant la main entre les cuisses de la femme, perd de sa longueur par l'obliquité qu'il affecte, et va heurter contre la paroi postérieure du vagin. Il y aurait avantage à renouveler le toucher dans la station. On combine les touchers entre eux et avec la palpation abdominale. Un doigt introduit dans le vagin renvoie l'ondée à la main qui presse l'abdomen, et réciproquement. Il en est de même du doigt placé dans le rectum à celui qui est dans le vagin. Mais il ne faut pas croire que ces recherches soient toujours faciles et fructueuses.

2° *Symptômes dépendans de la compression des organes environnans.* — On croirait, en raison de la laxité de la paroi abdominale antérieure après l'accouchement, que la tumeur, pouvant se développer en avant, ne doit pas comprimer fortement les organes environnans. Mais, d'abord, il y a des tumeurs qui répondent aux os au lieu de répondre à la paroi extensible, et, quant aux autres, par leur volume quelquefois très considérable, elles poussent jusqu'aux dernières limites la laxité des parois molles de l'abdomen.

Il doit y avoir des différences notables dans les symptômes de compression, suivant que la tumeur siége dans l'excavation ou dans le grand bassin.

Vessie. Utérus. Intestins.—Une tumeur placée en avant de la vessie, devra peser sur la poche urinaire, et amener des ténesmes vésicaux, de la gêne dans la miction, ou même la rétention complète, plusieurs fois notée dans nos observations. Placée entre la vessie et l'utérus, elle donnera

lieu aux mêmes effets quant à la vessie, qui sera poussée d'arrière en avant, au lieu de l'être d'avant en arrière, et pourra comprimer médiatement le rectum par le refoulement de l'utérus. Enfin, entre l'utérus et le rectum, elle poussera la matrice en avant, et par son moyen, elle pourra encore comprimer la vessie; en arrière, elle comprimera le rectum, dont elle pourra aplatir les parois l'une contre l'autre. Le cœcum peut être poussé contre la paroi abdominale (Grisolle). Il doit en être de même de l'S iliaque. Mais pour l'un comme pour l'autre il faut des conditions particulières de siége. Une tumeur bornée à la petite excavation n'aura aucune influence sur le cœcum ou l'S iliaque. On comprend que, dans tous ces effets, il doit y avoir des variétés et des nuances.

Artères. — Leur compression, la formation possible, mais non démontrée dans l'espèce, de fausses membranes à leur surface interne, suite d'inflammation par contiguïté, peuvent affaiblir la circulation artérielle, et produire le refroidissement du membre. Cet épiphénomène pourrait devenir fort grave. Dans le seul cas où il ait été noté (obs. 34e), il était dû très vraisemblablement à la compression de l'artère iliaque externe par la tumeur. En effet, la cessation des symptômes dus à la gêne de la circulation artérielle coïncida avec la diminution du phlegmon iliaque à la suite d'une déplétion sanguine locale.

Veines.—Les veines s'enflamment; il s'y forme des caillots adhérens (phlébite adhésive ou oblitérante); la circulation veineuse est entravée, et, suivant le mécanisme si lumineusement exposé par M. le professeur Bouillaud, le membre s'infiltre de sérosité. Il est bien entendu que le même effet peut résulter de la compression de ces vaisseaux par la tumeur.

M. Richet a vu l'œdème de la grande lèvre du côté de la tumeur.

Vaisseaux lymphatiques.—Ils sont comprimés aussi, et concourent à l'œdème du membre. Dans une de nos observations, ils étaient noueux à la face interne de la cuisse. Nous avons dit qu'ils peuvent être enflammés. Ils l'étaient sans doute dans le cas qui vient d'être rappelé. Citons même, comme un fait très rare et peu connu, ces nodosités qui marquaient le trajet des vaisseaux lymphatiques au côté interne de la cuisse.

Muscles. — Un certain volume de la tumeur étant donné, on comprend, à la rigueur, que le diaphragme puisse être refoulé, et qu'il en résulte de la gêne de la respiration. Mais c'est plutôt l'exaspération de la douleur par les mouvemens de ce muscle dans l'acte respiratoire, qui explique l'oppression, rarement observée d'ailleurs. Dans l'observation 4ᵉ, tout le ventre était tendu et gonflé; il y avait péritonite. Il en était de même dans l'observation 14ᵉ: l'abdomen était très tendu, et il y avait de la douleur au plus léger contact.

La malade tient ordinairement la cuisse fléchie, du moins dans l'état aigu; plus tard, elle peut l'allonger. Si elle marche, il doit arriver que la paroi abdominale réagissant sur le foyer, dans l'extension du membre correspondant, produise, conjointement au poids des viscères, un sentiment de douleur analogue à celui que la pression manuelle provoquerait, sentiment qui porte la malade à ne pas étendre le membre du côté affecté. On conçoit que la progression puisse être rendue tout-à-fait difficile, ou même impossible, par ce mécanisme, sans que le muscle psoas-iliaque soit affecté. Il faudrait que, dans les observations

ultérieures, on s'attachât à bien démêler tout ce qui a rapport à l'impotence du membre et à sa flexion obligée.

Nerfs. — On observe des douleurs le long des nerfs de la cuisse. M. Richet a suivi distinctement la douleur sur le trajet du nerf inguinal externe. Il est possible que, dans quelques cas, les douleurs de la cuisse doivent être attribuées à la *phlegmatia dolens*.

Symptômes généraux. — Le trouble du début s'apaise insensiblement, la fièvre diminue, et la maladie se réduit au phlegmon. Toutefois on voit persister assez fréquemment, dans une certaine limite, les symptômes tant locaux que généraux de la péritonite. Il ne peut en être autrement quand la collection a pour siége la cavité même du péritoine, c'est-à-dire quand l'abcès est intra-péritonéal. La malade subit des alternatives d'amélioration et d'aggravation, liées manifestement aux progrès du travail suppuratif. Elle a des frissons, de la fièvre, quelquefois des redoublements le soir, et des sueurs la nuit. Cette période de l'état général répond à celle de l'état local, dans laquelle la tumeur devient graduellement fluctuante.

Enfin la tumeur s'ouvre, et la malade se sent tout-à-coup soulagée. Si l'ouverture est extérieure, on en est immédiatement averti. Il n'en est pas toujours de même si elle s'est faite à l'intérieur, dans l'intestin, dans l'utérus, ou dans le vagin. La matière purulente mêlée aux produits de la digestion ou de la sécrétion urinaire peut passer inaperçue, et ce n'est que par l'aplatissement de la tumeur qu'on est conduit à s'apercevoir de l'évènement.

Nous avons quelque chose à ajouter pour les symptômes de la psoïte puerpérale. L'observation de M. Perrochaud nous fournit une description admirable par l'énergie

avec laquelle le principal symptôme est accusé. Nous ne pouvons mieux faire que de rapporter ici textuellement la partie symptomatologique de cette observation, dont le détail nécroscopique a été utilisé dans le chapitre précédent.

51ᵉ Obs. — *Psoïte consécutive à un accouchement. Ouverture de l'abcès dans le péritoine*, par M. Perrochaud, interne des hôpitaux.

Henriette ***, couturière, âgée de 30 ans, d'une santé ordinairement bonne, est accouchée de son dixième enfant il y a deux mois et demi. Les suites immédiates de couche n'offrirent rien de particulier; cependant elle ne tarda pas à éprouver de violentes douleurs dans les flancs, surtout dans le flanc gauche. Ces douleurs devinrent de plus en plus intenses. Celles du côté gauche s'irradiaient vers l'épaule du même côté, et s'étendaient en même temps vers la partie supérieure et interne de la cuisse. Il se fit alors une rétraction progressive du membre pelvien gauche, et aujourd'hui la cuisse est fléchie sur le ventre; l'extension est tout-à-fait impossible, tant sont douloureux les légers efforts qu'on fait pour la pratiquer; les orteils eux-mêmes ne peuvent exécuter le plus petit mouvement. La cuisse droite, bien moins rétractée que la gauche, l'est cependant un peu, et ne peut être étendue complètement.

Depuis l'invasion de la douleur, la malade a maigri considérablement. Elle est en proie à une fièvre continue, s'exaspérant vers le soir, à des sueurs nocturnes, à de la diarrhée. L'auscultation ne démontre aucune altération des poumons.

Il y a quinze jours environ que la malade s'aperçut, pour la première fois, d'une tumeur située dans le flanc gauche. Elle garda le silence sur cette particularité, et c'est le hasard qui la fit découvrir. Transportée peu de temps après dans la salle de chirurgie, on constata la présence d'une tumeur molle, élastique, du volume du poing, située à égale distance de la crête iliaque et de la dernière fausse côte. Une même distance la séparait des apophyses épineuses lombaires. En avant, une tumeur se confondait insensiblement avec une tuméfaction très étendue, qui occupait à-la-fois la région iliaque et le flanc gauche. De ce côté existait un empâtement considérable, tandis que le droit avait son appa-

rence ordinaire. En outre, quand on exerçait une certaine pression sur la tumeur de la région lombaire, on sentait un reflux de liquide dans le flanc du même côté.

Il était assez difficile d'indiquer, sinon la nature, du moins l'origine de cette tumeur. Cependant, d'après la rétraction de la cuisse, on crut que cette suppuration pourrait avoir sa source dans la fosse iliaque gauche ; malgré cela, dans l'incertitude où l'on se trouvait, on n'osa prendre un parti décisif, et comme rien ne faisait prévoir une terminaison prompte, on attendit au lendemain. Mais, dans la journée même, tandis que cette malade causait tranquillement avec sa voisine, elle fut prise d'un léger mouvement convulsif, et expira aussitôt, un jour après son entrée à l'hôpital.

La rétraction du membre, la douleur aux plus légers mouvemens qui lui étaient imprimés, le siége de la douleur qui s'étendait de l'insertion supérieure à l'insertion inférieure du psoas, celui de la tumeur entre la crête iliaque et la dernière fausse côte, sont des signes singulièrement précis, et, sous ce rapport, l'observation de M. Perrochaud est un des faits les plus précieux qui soient acquis à la science. Mais il s'en faut qu'avec la même altération des muscles on observe toujours les mêmes symptômes caractéristiques. La douleur de l'épaule aura rappelé au lecteur que l'abcès s'étendait jusqu'au foie qui en avait reçu une coloration particulière.

CHAPITRE V. — *Diagnostic.*

1° On peut méconnaître la tumeur. Dans une de nos observations, nous avons vu un médecin, préoccupé uniquement des symptômes qui avaient lieu du côté de la poitrine, diagnostiquer une phthisie pulmonaire, et ne pas s'apercevoir qu'il existait une tumeur dans le bassin, quoiqu'il y eût de la douleur dans l'un des flancs, et que la femme fût une nouvelle accouchée. Dans un autre cas on crut à une névralgie.

2° On peut, ayant reconnu la tumeur, méconnaître sa nature, la prendre pour une autre maladie, et réciproquement. Dans un de nos faits, le chirurgien qui vit le premier la malade, diagnostiqua opiniâtrément un cancer de l'utérus. A la vérité, le cas sortait complétement de l'ordinaire, puisque la poche d'un abcès intra-pelvien était venue proéminer à la vulve. Dans une autre de nos observations on crut à une ascite. On peut penser qu'il existe un abcès, tandis que la douleur, la tumeur et la matité, résultent simplement d'une accumulation de matières fécales. M. le professeur Trousseau croit que cette erreur est commune. Elle ne nous semble pas difficile à éviter, et il doit suffire d'en être averti.

3° Enfin, on peut avoir reconnu la collection, et se tromper sur son siége précis. Lorsque le ventre est énorme, lorsque, comme dans un de nos faits, il sort de la tumeur six pintes de liquide, on peut hésiter entre l'idée d'un épanchement intra-péritonéal et celle d'un vaste abcès dans le tissu cellulaire de la paroi abdominale. Nous avons entendu M. le professeur Marjolin, dans une de ses leçons à la Faculté, citer le cas d'un abcès s'étendant à tout l'abdomen entre le péritoine et les muscles, abcès si volumineux que l'on ne put éviter l'erreur et que l'on diagnostiqua une ascite. Il n'y aurait rien d'impossible à ce qu'un abcès de ce genre se formât chez une femme en couches. Mais quand il y a eu des signes positifs de péritonite intense, et que le ventre, devenu très volumineux, donne l'idée d'une collection dans son intérieur, on peut considérer cette idée comme l'expression de la vérité. Au reste, par rapport au traitement, le cas ne diffère pas de celui d'un abcès proprement dit. Il faut que la matière soit évacuée, et c'est peut-être pour n'avoir pas satisfait à cette indication que l'on a vu certains cas de péritonite puerpé-

rale avec épanchement séro-purulent se terminer d'une manière funeste.

Nous venons de nous placer dans l'hypothèse d'un épanchement général qu'il serait possible de confondre avec un abcès très étendu du tissu cellulaire sous-péritonéal. La distinction est autrement difficile entre l'abcès intra-péritonéal, suite de péritonite partielle, et l'abcès circonscrit du tissu cellulaire sous-péritonéal, tel qu'il se présente ordinairement. Cette distinction n'est pas seulement difficile; souvent elle doit être impossible. Mais tant de précision dans le diagnostic n'est pas indispensable. Ici, comme tout-à-l'heure, la conduite à suivre est la même, que l'on ait affaire à l'un ou à l'autre des deux cas.

Parmi les abcès limités du tissu cellulaire sous-péritonéal, il y a encore des différences notables de siége; ainsi la collection peut exister dans la duplicature des ligamens larges, dans le tissu cellulaire qui double l'un des culs-de-sac péritonéaux, dans celui des fosses iliaques, et il ne sera pas toujours facile de discerner exactement la position de l'abcès. Dans plusieurs des cinquante observations qui forment notre second chapitre, la tumeur était hypogastrique, et l'on peut croire qu'elle existait dans le tissu cellulaire de la partie antérieure de la vessie (cul-de-sac pubio-vésical). Les touchers vaginal et rectal, combinés avec la palpation abdominale, serviront à déterminer le siége de l'abcès dans les deux autres culs-de-sac (vésico-utérin et recto-utérin), à quoi contribueront certains symptômes, tels que la dysurie, la gêne et la douleur pendant la défécation, symptômes qui traduiront un rapport plus particulier de la tumeur avec la vessie ou le rectum.

Quand la tumeur se rencontre dans l'aine, on est fondé à

supposer qu'elle s'est développée dans le tissu cellulaire qui double le ligament rond ou sus-pubien, lequel, comme chacun sait, traverse le canal inguinal pour venir se terminer dans le tissu cellulaire du pénil, de l'aine, et de la grande lèvre. Si elle est située dans l'excavation, sur les côtés de la matrice, on peut admettre qu'elle se trouve dans les ligamens larges, mais elle pourrait aussi bien être dans l'ovaire. Le plus souvent elle est comme bridée contre la fosse iliaque interne où elle suit le ligament de Fallope, C'est là l'abcès iliaque, l'abcès du tissu cellulaire de la fosse iliaque interne : quand on l'a bien reconnu une fois, on le reconnaît toujours.

Maintenant, il s'agirait de distinguer l'abcès borné au tissu cellulaire de celui qui attaque les muscles (psoïte puerpérale). L'observation de M. Perrochaud porterait à penser que ce diagnostic différentiel doit être facile, si nous n'avions celle de M. Vigla, dans laquelle une partie des muscles psoas-iliaque étaient réduite en bouillie sans qu'aucun symptôme l'eût fait soupçonner. Nous verrons d'ailleurs que ce n'est pas seulement dans l'état puerpéral que le diagnostic de la psoïte est difficile.

En résumé, une femme est accouchée depuis huit ou dix jours, un mois, ou même depuis plus long-temps ; sans cause connue, ou par suite de refroidissement, de fatigue, d'écart de régime, elle a eu un frisson et de la fièvre ; elle a éprouvé une douleur dans l'abdomen, plus vive dans un point, ou d'abord générale, puis locale, ou seulement locale ; l'endroit douloureux s'est tuméfié ; la tumeur est dure, mate, non bosselée, sensible au toucher ; la cuisse correspondante n'est pas libre dans ses mouvemens, ou même ceux-ci ne peuvent avoir lieu sans douleur : on est autorisé à dire que cette femme a un phlegmon du bassin, suite de couches.

CHAPITRE VI. — *Marche. Terminaisons. Pronostic.*

Marche. — Relativement à la marche, nous n'avons qu'à résumer ce que nous avons dit des symptômes. Dans l'hypothèse du cas ordinaire, les symptômes généraux ouvrent la scène (frisson, fièvre) ; la douleur s'y joint bientôt, ou même se fait sentir coïncidemment ; la tumeur se dessine ensuite (1re période) ; l'état général se calme ; la tumeur est le siége d'une douleur gravative, pulsative, parfois lancinante ; insensiblement elle se ramollit ; les symptômes généraux propres à la fièvre de suppuration se manifestent (2e période) ; enfin on observe l'œdème du tissu cellulaire, ou la rougeur, l'amincissement de la peau, quand l'abcès s'ouvre à l'extérieur (3e période).

Terminaisons.—Le phlegmon puerpéral du bassin peut se terminer de deux manières : par résolution, en laissant un noyau dur qu'il importe de surveiller, parce que c'est un levain d'inflammation ; par formation du pus, c'est-à-dire par abcès. A son tour, l'abcès peut se terminer par résorption du pus, ce qui doit être fort rare, ou par ulcération de ses parois.

L'ouverture de l'abcès, d'après le dépouillement des soixante-sept observations que nous avons relevées, se fait presque aussi fréquemment à travers les tégumens, par le vagin, et par l'intestin. L'ouverture dans le péritoine est plus rare ; il est plus rare encore que l'utérus se laisse perforer, ce dont il est aisé de se rendre compte par l'épaisseur de ses parois. Souvent la nature travaille à se débarrasser sur plusieurs points : aussi voit-on le pus se faire jour successivement, par la vessie et par l'intestin, à la peau et par

l'intestin, dans la vessie et à la peau, etc. Le moment de l'ouverture spontanée est signalé quelquefois par des accidens très alarmans. Il en fut ainsi dans un cas de Lamotte (obs. 5e).

La durée de la maladie varie suivant la constitution du sujet, l'intensité du travail morbide et le traitement. La tumeur peut durer depuis plusieurs années.

Lorsque l'abcès s'est ouvert à l'extérieur, voici ce qui arrive : le kyste purulent se retire en raison de l'évacuation du pus, et son ouverture s'éloigne de celle de la peau. Il se forme ainsi un trajet plus ou moins étendu, qui peut subsister : tel nous paraît être le mécanisme de ces fistules dont le premier exemple nous a été légué par Puzos.

Suivant que le pus a un écoulement plus ou moins facile, on voit alternativement le foyer saillant ou affaissé.

Dans un de nos cas on observa une sorte de paralysie consécutive du membre correspondant au côté où était le dépôt: elle ne tarda pas à se dissiper.

Les anciens étaient très attentifs aux phénomènes critiques. Ils relevaient avec soin la manifestation des éruptions. Mais il est à penser que lorsqu'ils parlaient d'urines laiteuses, ils faisaient allusion à des cas méconnus d'ouverture de l'abcès dans la vessie. Il n'est pas moins vrai que désormais on devra se préoccuper des phénomènes critiques plus qu'on ne l'a fait depuis quelque temps.

Il y a autre chose à considérer, dans les maladies, que leur terminaison prochaine. Le nom d'*accidens tardifs* est écrit depuis peu dans la science. Les abcès puerpéraux du bassin ont aussi leurs accidens tardifs. Il est impossible de ne pas faire un rapprochement quand on voit, dans le mémoire de M. Rokitanski, que les étranglemens internes sont beau-

coup plus communs chez la femme que chez l'homme. Ensuite, dans un certain nombre de cas, les modifications survenues dans les parties qui ont été le siége de l'abcès, doivent s'opposer à une nouvelle conception. Toutefois, nous avons vu, dans plusieurs de nos observations, qu'il y avait eu des grossesses ultérieures.

L'économie ne résiste pas toujours aux accidens qui accompagnent les abcès intra-pelviens ; il est même fréquent qu'elle y succombe.

A ne considérer que les cinquante cas rassemblés dans notre second chapitre, on voit que la mort eut lieu treize fois, soit par péritonite, soit par suite de fièvre hectique; une fois par infection purulente, une autre fois avec des symptômes tétaniques.

Pronostic.— Il est grave, puisque 13 fois sur 50 la maladie s'est terminée d'une manière funeste. Il ne faudrait pas cependant accorder une valeur absolue à cette proportion. Nous avons dû réunir le plus de faits anatomo-pathologiques possible, tandis que nous avons laissé de côté beaucoup de cas heureux. Il est permis d'affirmer que, dorénavant, la résolution du phlegmon puerpéral du bassin sera de beaucoup la terminaison la plus commune.

CHAPITRE VII. — *Etiologie.*

Cause prédisposante physiologique. — Nous avons divisé l'historique en trois grandes périodes. Il y en a une quatrième, et nous nous sommes réservé d'en parler ici. Nous vivons dans le temps de l'humorisme rationnel. On ne croit pas à la métastase laiteuse ; on ne croit pas au transport en nature d'une partie à une autre, d'un liquide qui n'a pas encore été séparé du sang ; mais on croit de plus en plus à

un ensemble de conditions propres à la femme en couches. On fait plus que de croire. La science s'est enrichie de résultats certains. Les beaux travaux de MM. les professeurs Piorry et Andral, sur la composition du sang, ont éclairé la question. L'état puerpéral s'explique en très grande partie par l'hématologie de la femme en couches. Le grand objet qu'elle vient de remplir, l'a jetée dans une diathèse fibrineuse (que l'on nous permette cette expression). A l'être nouveau qui, dans un temps donné, se séparera d'elle, ou qui vient de s'en séparer, il faut un levain fibrineux ; aussi acquiert-elle une singulière tendance à sécréter de la fibrine. Mais la fibrine est malheureusement l'aliment matériel essentiel des inflammations, et il en résulte que la condition en vertu de laquelle la mère donne et entretient la vie, est aussi celle d'où peuvent surgir, pour elle-même, mille causes de mort.

Ainsi, le lait n'est pas dans le sang ; le lait ne se porte pas en nature dans les points livrés par l'irritation à un travail morbide, mais les élémens du lait s'y trouvent, comme d'abord s'y trouvaient les élémens du fœtus, et, en définitive, on ne voit pas, à part la naïveté de la formule, que Puzos fût si éloigné de la vérité.

Petit lui-même, Petit, le contradicteur de Gastelier, ne peut s'empêcher de reconnaître que la femme qui allaite a changé de manière d'être (*Dict. des sc. méd.*, art. cité.).

Causes prédisposantes anatomiques. — Nous appelons ainsi diverses circonstances auxquelles correspondent des conditions anatomiques susceptibles d'expliquer l'irruption de la phlogose dans le bassin.

Grossesse. — En tête de ces circonstances se trouve la grossesse elle-même, c'est-à-dire le travail actif, l'exubé-

rance vitale qui en est l'effet, et qui a le bassin pour théâtre, plus les déplacemens et les tiraillemens qui résultent de l'ampliation successive de l'utérus. Le sang afflue vers le pelvis, où se fomente une vie nouvelle; l'irritation, favorisée par les causes mécaniques, n'aura qu'à se produire; les matériaux ne lui manqueront pas.

Nombre de grossesses. — On a rendu compte, dans vingt-et-un cas sur notre chiffre total, de la condition dans laquelle se trouvaient les malades, par rapport au nombre de grossesses. Sur ces vingt-et-un cas, il y a :

Primipares,	13
Bipares,	3
Sextipares,	4
Septipares,	1

Age.—L'âge a été noté dans vingt-six cas, que nous avons répartis dans trois catégories :

De 18 à 25 ans,	15
De 26 à 30 ans,	7
De 31 à 40 ans,	4

On déduira aisément, pour la première catégorie, le rapport de l'âge à la primiparité.

Des sept femmes comprises dans la seconde catégorie, trois avaient 26 ans, une avait 28 ans, et trois avaient 30 ans.

Des quatre femmes de la troisième catégorie, une avait 31 ans; la seconde, 34; la troisième, 37; et la quatrième, 38.

On ne comprend pas, malgré l'autorité de madame Lachapelle, à l'opinion de laquelle se range M. Cazeaux, que l'âge de la femme n'ait pas d'influence sur le plus ou moins de difficulté de l'accouchement. L'anatomie apprend que des modifications surviennent avec l'âge dans les articulations (sans parler de l'embonpoint), par suite desquelles les surfaces

doivent avoir, en raison directe des années, plus de difficulté à céder sous l'effort dilatateur. On dit : s'il est vrai que des femmes de quarante ans et au-delà accouchent difficilement, il en est d'autres du même âge qui accouchent facilement; par conséquent la cause précitée n'est point réelle. Ce raisonnement est vicieux : il n'est pas nécessaire qu'une cause soit efficace chez tous les individus pour que l'on puisse attester sa réalite. A ce compte, il n'y aurait pas d'étiologie. La seule femme de plus de quarante ans dont nous ayons observé de près l'accouchement, a éprouvé des accidens, tels que thrombus du vagin et diastase des articulations du bassin, d'où la difficulté de la marche, qui fut douloureuse pendant long-temps.

Les calculs qui précèdent ont été faits d'après les 50 cas compris dans ce travail; il sera donc aisé au lecteur d'étudier par lui-même les rapports respectifs de l'âge et de la primiparité avec la cause occasionnelle. Quant à nous, voici nos conclusions :

1° La jeunesse est une cause prédisposante, par rapport à la primiparité.

2°. L'âge avancé est une cause prédisposante par rapport au resserrement des articulations et à l'embonpoint.

Côté. — Il y a autant d'abcès du côté gauche que du côté droit. C'est ce qui résulte formellement du dépouillement de nos 67 observations. Ainsi tomberaient les explications que l'on a données de la fréquence de ces abcès d'un côté ou de l'autre. Mais on ne doit pas se hâter de conclure, et il faut tenir compte de la remarque suivante de M. Cruveilhier : « Le cordon sus-pubien droit, est, suivant Chaussier, plus court que celui du côté gauche; mais cette différence s'applique plus particulièrement à l'u-

térus chargé du produit de la conception, à cause de l'obliquité latérale droite de cet organe. J'ai eu souvent occasion de voir que cette brièveté qui a lieu à gauche, dans l'obliquité latérale gauche, s'accompagnait constamment d'une augmentation notable de volume du cordon correspondant. » (*Traité d'anat.*, 2e édit., t. III).

Cause occasionnelle. La cause occasionnelle par excellence est l'accouchement, qui est une exception parmi les fonctions, en raison de la violence dont il s'accompagne. Écartement graduel mais prodigieux des parties, froissement, contusion : n'y a-t-il pas là, surabondamment, de quoi expliquer la production du phlegmon quand il n'existe pas d'autre cause occasionnelle, surtout si l'on se rappelle les circonstances prédisposantes. La cause morbide est alors essentiellement physiologique. On a inféré de quelques observations que la cessation de l'allaitement peut contribuer au développement du phlegmon intra-pelvien. Dans les autres cas la cause occasionnelle est morale (frayeur); hygiénique (refroidissement, écart de régime); relative à diverses circonstances qui ont compliqué l'accouchement (rétention du placenta, mauvaise présentation, métrorrhagie consécutive ayant nécessité le tamponnement, etc.); 4° chirurgicale (introduction du forceps, de la main, tractions fortes sur le cordon). Cette quatrième cause implique la précédente; nous ne croyons pas moins utile de la spécifier. Sur nos soixante-sept cas, nous trouvons une proportion plus considérable pour les deux dernières catégories que pour les premières, et notamment six faits dans lesquels l'art est intervenu. Ces cas, dans lesquels l'action chirurgicale a été suivie d'accidens, ne sont pas une raison pour rester inactif lorsque l'opportunité est flagrante; mais ils doivent

concourir à inspirer une grande réserve dans la pratique des manœuvres obstétricales. La malade dont parle Delaroche rapportait sa douleur au point de l'utérus dans lequel elle avait senti la main du chirurgien.

Dans plusieurs observations, les malades étaient sorties de la Maternité peu de jours après leur accouchement. Cette remarque ne doit pas être perdue.

CHAPITRE VIII. — *Traitement.*

Il comprend celui de la péritonite souvent concomitante, celui du phlegmon, celui de l'abcès formé, celui de l'abcès ouvert, enfin, celui des complications. Pour le premier, nous renvoyons aux traités de pathologie interne.

1° *Traitement du phlegmon.* — Il doit être antiphlogistique, approprié à la diathèse fibrineuse (saignées, sangsues). Rappelons-nous les paroles remarquables de Puzos, qui, dans un cas où il avait fait plusieurs saignées, regrettait de ne pas les avoir assez rapprochées.

Il va sans dire que l'énergie du traitement doit être proportionnée à la constitution du sujet et à l'intensité de la maladie. On peut quelquefois se borner aux applications de sangsues.

Pour achever la résolution : vésicatoires volans réitérés, onctions mercurielles, dérivatifs intestinaux.

2° *Traitement de l'abcès formé.* — La résorption est difficile; il faut néanmoins la tenter : les vésicatoires volans, conseillés par Monteggia, employés avec prédilection par M. Rayer, seront essayés dans ce but.

On prescrira concurremment les dérivatifs sur le tube digestif.

Lorsqu'il est évident que le pus ne peut être résorbé, le

chirurgien a le choix entre l'expectation et l'ouverture artificielle. Ces deux méthodes ont chacune ses partisans, mais il y a des raisons pour devancer la nature. M. Bourdon les expose dans quelques passages que nous transcrivons :

« Si on attend que l'abcès s'ouvre de lui-même, il peut se faire que le malade succombe à une péritonite par extension de l'inflammation, ou aux accidens généraux qu'entraîne la présence d'une certaine quantité de pus dans l'économie. Il peut arriver que l'épaisseur, souvent très grande, des parois de la poche empêche ou retarde beaucoup la formation de l'ouverture spontanée. Ensuite le pus, au lieu de se créer une issue au dehors, se dirige quelquefois du côté du péritoine et en s'épanchant dans la cavité de cette séreuse, produit une inflammation mortelle.

« Quand l'ouverture se fait à la peau ou dans une cavité muqueuse, ce qu'on regarde comme une circonstance très-heureuse, elle arrive souvent à une époque trop avancée, lorsque la tumeur a pris un grand développement, ou après que le pus s'est étendu au loin, à travers le tissu cellulaire, en produisant des décollemens et des désordres irréparables. Enfin, dans beaucoup de cas, au moment de cette ouverture spontanée, le sujet considérablement affaibli par une maladie longue, et miné par la fièvre hectique, n'est plus en état de faire les frais de la guérison.

« En 1837, M. Velpeau, en examinant une femme qui portait un abcès du petit bassin, trouva une fluctuation évidente par le vagin. Il voulut pratiquer une ouverture par cette cavité ; mais la malade s'y refusa et mourut d'épuisement, le pus s'étant fait jour au travers de la peau, à la région iliaque, et la suppuration ayant duré trop long-temps. »

L'abcès doit être ouvert dans le point déclive. Si la tumeur

fait saillie à l'aine ou au-dessus de la crête iliaque, le mode d'ouverture ne diffère pas de celui des abcès en général, et nous nous abstiendrons de le décrire.

M. Barthélemy a insisté sur l'ouverture au-dessus de la crête de l'os des îles. Il se fonde sur la déclivité de la fosse iliaque interne, circonstance anatomique par suite de laquelle le pus, d'après lui, doit être le plus souvent dirigé vers les lombes, quand le malade est couché. Nous avons vu, dans quelques-unes de nos observations, le chirurgien faire l'ouverture sur ce point, et M. Barthélemy a réussi plusieurs fois en opérant ainsi.

M. Martin jeune emploie le caustique préférablement à l'instrument tranchant, et nous lui avons emprunté plusieurs cas dans lesquels ce moyen fut suivi de succès.

L'ouverture en deux temps, d'après les idées de M. Vidal (de Cassis), trouverait probablement ici d'heureuses applications.

L'abcès proémine souvent au vagin, et le mode d'ouverture artificielle dans ce canal doit être décrit. Voici, d'après M. Bourdon, la manière dont M. Récamier procède.

La femme couchée sur le dos, les cuisses et les jambes écartées, demi-fléchies, les mains d'un ou de plusieurs aides pressant de haut en bas sur le ventre, M. Récamier introduit l'index de la main gauche dans le vagin, et reconnaît exactement le point sur lequel doit porter l'incision. Il s'assure qu'il n'existe pas d'artères dans ce point, constatation qui ne doit pas être toujours facile. L'instrument est introduit sur la pulpe du doigt; quand la lame est arrivée à la profondeur convenable, on la démasque d'une certaine longueur et on la plonge dans la tumeur, jusqu'à sensation d'une résistance vaincue.

La boutonnière qui résulte de cette ponction est faite dans le sens vertical, afin d'éviter plus sûrement les artères utérines. L'instrument étant retiré avec les mêmes précautions que pour son introduction, on reconnaît avec le doigt l'étendue de la solution de continuité, l'épaisseur et la résistance des parois de la tumeur.

S'il est nécessaire d'agrandir la plaie, on prolonge ses angles avec un bistouri boutonné coupant seulement dans l'étendue de 2 ou 3 centimètres, conduit à plat sur la pulpe de l'index.

Quand on opère sur la paroi postérieure du vagin, on doit, avant d'agrandir la première ouverture, reconnaître par le rectum à quelle distance de cet intestin se trouve l'angle inférieur de la plaie.

M. Récamier se sert d'un pharyngotome, que l'on peut remplacer par un simple bistouri droit, dont on envelopperait la lame d'une bandelette de linge jusque vers la pointe.

Dans les divers temps de l'opération, il faut avoir soin de ne pas trop enfoncer l'instrument dans la poche purulente, de peur de la transpercer et de blesser un organe contigu.

Il est aussi très essentiel de s'assurer que la vessie est vide, et si elle ne l'est pas, d'évacuer l'urine avec une sonde ; nous croyons même qu'il serait utile, dans tous les cas, de tenir dans la vessie un cathéter qui servirait à faire éviter le réservoir urinaire. De quelle importance n'est-il pas de se tenir éloigné de cet organe, et quel ne serait pas le regret du chirurgien si par malheur il venait à le diviser croyant plonger son bistouri dans un abcès ! Cette indication ressort d'une observation qui nous a été communiquée par M. Richet.

Quelques faits dans lesquels la tumeur comprimait le rectum, et tendait manifestement à s'y ouvrir, nous font penser que l'on pourrait peut-être attaquer l'abcès par cet intestin, aussi bien que par le vagin.

3° *Traitement de l'abcès ouvert.* — On doit veiller à ce que le pus ne séjourne pas dans le foyer. Des pressions ménagées, une compression appropriée, une situation convenable, quelques injections, concourront à amener ce résultat. Il faut être très prudent dans la pratique des injections, et se rappeler ce cas de M. Bourdon, dans lequel une injection put être regardée comme la cause occasionnelle de l'ouverture du kyste dans le péritoine.

On pourra attirer le pus avec une pompe aspirante. Si, l'abcès étant ouvert à la peau, il fallait pratiquer une contre-ouverture dans le vagin, on se rappellerait l'ingénieux procédé de M. Ricord. Il existait une ouverture abdominale : une sonde à dard introduite par cette ouverture parvint jusqu'au vagin, et le chirurgien se guida sur cet instrument pour pratiquer la contre-ouverture. Un séton fut passé d'une ouverture à l'autre (V. obs. 57e). Mais la présence d'un séton dans une poche voisine du péritoine peut déterminer des accidens, du moins il est rationnel de les prévoir, et ce serait un motif pour être vigilant.

4° *Traitement des complications.*—La fièvre hectique, la péritonite; concomitante ou intercurrente, la constipation, la rétention d'urine, sont autant de sources d'indications.

Abcès intra-pelviens, suite de couches, dans les parties dures (sacro-coxalgie) (1).

On voit, chez les femmes récemment accouchées, une in-

(1) On a trouvé aussi du pus dans la symphyse pubienne, chez

flammation purulente s'emparer des symphyses sacro-iliaques. Le relâchement de ces symphyses pendant la grossesse, leur distension au moment de l'accouchement, la déchirure des ligamens, sont les causes de cette affection, favorisée, en outre, par l'état puerpéral. M. Velpeau, dans ses cours, conserve à cette maladie le nom de sacro-coxalgie, donné par Larrey à la tumeur blanche de l'articulation sacro-iliaque. La sacro-coxalgie puerpérale est assez fréquente. Il ne s'est guère passé d'année, depuis 1836, sans que nous en ayons vu plusieurs exemples à la clinique chirurgicale de la Charité.

Aucune des femmes que nous avons observées n'a offert d'une manière notable, pendant la grossesse, le relâchement des symphyses du bassin. Quelque temps après l'accouchement, qui presque toujours s'était fait sans complication, au bout de huit, dix, quinze, vingt jours, et plus, les malades, se portant bien en apparence, avaient été prises d'un frisson assez violent, mais peu prolongé, suivi d'un mouvement fébrile qui avait reparu les jours suivans. Presque aussitôt une douleur très vive s'était fait sentir dans une fesse, et depuis lors, la pression exercée au niveau de la symphyse sacro-iliaque produisait une douleur très vive et parfaitement limitée à l'articulation. Mais le signe le plus évident de la sacro-coxalgie était le suivant : le doigt porté dans le vagin produisait une douleur atroce, comme si on avait piqué la malade avec un instrument, toutes les fois qu'on venait à presser du côté de la symphyse affectée : sur tous les autres points du pourtour du vagin, la pression ne produisait aucune sensation pénible.

les nouvelles accouchées. Nous nous bornerons à cette mention pour ce qui regarde l'arthrite puerpérale pubio-pubienne.

Non-seulement la marche, mais encore les moindres mouvemens du tronc étaient impossibles, à cause des douleurs violentes qu'ils réveillaient dans la symphyse malade.

Il est aisé de comprendre que les nerfs du plexus sciatique, à leur origine, se trouvant presque immédiatement en contact avec l'articulation sacro-iliaque, peuvent être irrités, ou mieux encore englobés au milieu de l'engorgement que l'arthrite détermine dans le tissu cellulaire environnant: de là une augmentation de douleur, et la propagation possible de celle-ci le long de la cuisse, dans la direction du nerf sciatique et de ses branches.

Chez une malade qui était encore, ces jours derniers, dans le service de M. Velpeau, où elle a passé environ deux mois pour guérir complétement d'une sacro-coxalgie puerpérale, il était survenu un empâtement phlegmoneux avec tuméfaction et douleur de la fosse iliaque du même côté. Des antiphlogistiques et des vésicatoires volans, joints à la diète et à quelques autres moyens, ont empêché ce phlegmon de se terminer par suppuration.

Lorsque la sacro-coxalgie se termine de cette manière, le pus peut se porter directement à la fesse en fusant le long de la gaîne du muscle pyramidal, ou encore décoller plus ou moins loin le *fascia pelvia*. Les abcès qui en résulteraient seraient facilement reconnus, quant à leur origine, d'après l'ensemble des symptômes précités.

Le cas suivant de Mauriceau pourrait être un exemple de sacro-coxalgie puerpérale (ce serait le premier recueilli). L'abcès existait des deux côtés du bassin.

52e Observation. — *De l'accouchement d'une femme qui eut un très laborieux travail durant quatre ou cinq jours, après quoi il lui survint un très grand abcès qui occupait toutes les deux fesses.*

Le 20 janvier 1680, je vis une jeune femme, âgée de vingt ans,

qui était en travail de son premier enfant depuis quatre ou cinq jours; les eaux de son enfant s'étant écoulées depuis deux jours entiers, sans qu'il fût tout-à-fait descendu au passage, la matrice ne s'étant pas assez dilatée pour le permettre, ce qui était cause que cette femme était extrêmement fatiguée. Son ventre était fort dur, et principalement vers la région de la matrice, à l'endroit où l'arrière-faix lui est attaché, lequel endroit était fort tuméfié; la malade ayant outre cela une grosse fièvre, qui donnait lieu de craindre qu'il ne lui arrivât une inflammation de matrice; mais afin de l'en garantir, je la fis saigner du bras aussitôt que je l'eus vue en cet état; et comme elle n'avait plus pour lors de véritables douleurs, je lui fis donner, deux heures après cette saignée, un lavement, qui lui ayant renouvelé ses douleurs, la fit accoucher une heure ensuite.

La sage-femme qui l'accoucha me dit en la retournant voir, qu'elle avait eu bien de la peine à la délivrer de son arrière-faix, qui était très gros, et commençait à se corrompre; et qu'il était sorti de la matrice en même temps une quantité de vuidanges fort puantes, nonobstant quoi son enfant était encore vivant quand il vint au monde; mais il mourut quatre heures ensuite; et comme les humeurs, qui commençaient à se corrompre, avaient fait une mauvaise impression à la matrice, la malade continua d'avoir, durant les six premiers jours après son accouchement, la fièvre avec des redoublemens, et une grande dureté de la matrice, qui était très douloureuse; ce qui m'obligea de la faire saigner trois fois du bras; après lequel temps il lui survint un très grand abcès qui occupait toutes les deux fesses, vers lesquelles parties il s'était fait un grand dépôt d'humeurs; mais enfin, après deux mois entiers de cette maladie, elle se porta bien.

Abcès intra-pelviens chez la femme hors de l'état puerpéral.

A. Abcès intra-pelviens se rattachant à une déviation du produit de la conception.

Ces abcès peuvent avoir lieu : 1° lorsque, par suite de rupture de la matrice, le produit est passé dans la cavité abdominale où il s'est enkysté; 2° dans la grossesse extra-utérine.

Un des cas les plus remarquables de ce genre qui aient été publiés, est le suivant (1) :

53[e] Obs. (2)

En août 1816, M. le docteur Lessieux fut appelé à Maisons, près de Bayeux, pour y donner des soins à la femme Cardonne, qui souffrait plus que de coutume d'une difficulté à uriner qu'elle éprouvait depuis long-temps. Cette femme avait expulsé de l'urèthre, après de violens efforts, un calcul long d'un demi-pouce et de la grosseur d'une plume à écrire ; elle avait 50 ans. A l'âge de 27 ans, étant enceinte de cinq mois de sa deuxième grossesse, elle tomba d'un lieu élevé de dix pieds environ, sur le côté droit ; à l'instant même, elle sentit une douleur déchirante dans le bas-ventre.

Il survint de la fièvre et d'autres accidens qui l'obligèrent de garder le lit près de deux mois. Dès-lors, les douleurs cessèrent, mais sa santé fut toujours languissante. Elle éprouvait, depuis cinq ans, un besoin continuel d'uriner, et la plus grande difficulté pour rendre les urines.

Le calcul expulsé était lisse ; une substance osseuse en formait le noyau. Le cathétérisme fit reconnaître une grande quantité de calculs adhérens à la vessie. En mai 1816, il se forma un abcès au-dessus du col de la vessie, qui s'ouvrit dans le vagin. Par cette voie, on put faire pénétrer le doigt dans cette poche, en détacher douze calculs, qui tous avaient pour noyaux des portions d'os d'un fœtus d'environ cinq mois. Après l'extraction, l'ouverture fistuleuse de la vessie se cicatrisa, et la femme revint à la santé.

L'issue peut être moins heureuse. La nature emploie une force qui souvent la sert avec trop de zèle. Lorsque, dans

(1) A la rigueur, l'enkystement d'un fœtus dévié, pourrait être regardé comme une grossesse indéfiniment prolongée. Ce n'était pas une raison pour confondre les abcès qui s'y rattachent avec ceux de l'état puerpéral proprement dit.

(2) *Bull. de la Soc. méd. d'émul.*, 1822.

un but salutaire d'élimination, elle enflamme un kyste situé dans le péritoine, il y a beaucoup de chances pour qu'elle tue au lieu de guérir. C'est ce qui eut lieu dans un cas communiqué dernièrement à la société anatomique par M. de Crozant. La poche fœtale était logée entre le rectum et la matrice; elle s'était enflammée, et ce vaste foyer phlegmasique allumé dans le péritoine avait amené une inflammation mortelle de la séreuse.

Mais si l'inflammation va souvent au-delà des limites quand c'est la nature qui la provoque, à plus forte raison cela arrive-t-il lorsque c'est l'art qui la produit avec ses procédés toujours plus soudains que les procédés naturels. C'est ce que démontre, entre beaucoup d'autres, l'observation suivante :

54ᵉ Obs. — *Sur plusieurs petites portions d'os et un peloton de poils trouvés dans la vessie*, par M. de La Rivière le jeune, docteur en médecine de la Faculté de Paris. (1)

Une dame, âgée de 58 ans, se plaignait depuis près de 7 ans, d'une pesanteur considérable au bas-ventre, particulièrement quand elle marchait; de temps à autre elle avait des difficultés d'uriner fort vives; les douleurs se renouvelaient presque toutes les trois semaines; les urines pour lors venaient goutte à goutte d'abord, et quelques instans après par flots. On sonda la malade, et l'on fut fort étonné d'avoir percé un abcès qui rendit, pour la première fois, près de trois demi-septiers de pus; la malade se sentit soulagée à l'instant. Quelques jours après, le pus sortit par grumeaux, les urines se troublèrent et parurent noirâtres, elles s'éclaircirent par la suite, et le pus devint plus fluide.... Fièvre, vomissemens. Mort le 22 avril.

Nous trouvâmes une adhérence considérable du péritoine avec les intestins, qui déjà commençaient à se gangréner; la vessie

(1) *Journal de médecine*, 1759.

était pour nous quelque chose de fort essentiel, nous la trouvâmes adhérente à la matrice, elle nous parut de couleur verte foncée, nous la détachâmes, et nous n'eûmes pas moins d'attention à l'examiner intérieurement. Nous fûmes fort étonnés d'y trouver plusieurs petites portions d'os, dont le plus gros d'un côté était creux, lisse et poli : ce qui ne nous étonna pas moins, ce fut un petit peloton de poils entrelacés les uns dans les autres, formant un cercle assez épais, et de la largeur d'une pièce de vingt-quatre sous, qui était renfermé dans la portion d'un kyste, dont nous vîmes encore des vestiges assez distincts : la vessie était remplie d'une matière purulente, qui nous a paru être la même que celle que la malade a toujours rendue, tant dans les urines que dans les éjections.

Etonnés de voir quelque chose d'aussi singulier dans l'intérieur de la vessie, nous examinâmes avec le même scrupule la matrice. Du côté droit, nous trouvâmes une tumeur squirrheuse que nous eûmes beaucoup de peine à ouvrir même avec le scalpel, et dont l'intérieur nous parut être presque ossifié. Du reste, la vessie était dans son état naturel ; les reins ne nous ont pas paru affectés, le foie s'est trouvé engorgé considérablement. Je viens d'exposer les faits tels que je les ai vus ; dans un cas aussi particulier que celui-ci, je ne hasarderai aucun raisonnement.

Les détails de l'observation ne sont pas suffisans, mais on est fondé à supposer que les portions d'os et les poils trouvés à l'autopsie avaient appartenu à un fœtus dévié. On ne peut guère admettre l'idée d'une inclusion, à cause du long temps pendant lequel cette femme vécut sans éprouver aucun symptôme vers le bassin. D'un autre côté, elle avait cinquante-huit ans au moment où elle demanda secours à la chirurgie, et il y en avait sept qu'elle souffrait. Il s'ensuit donc, dans la seule hypothèse qui nous reste, celle d'une grossesse extra-utérine, que cette femme aurait été fécondée vers l'âge de cinquante ans. Ajoutons que le corps fibreux presque ossifié qui fut trouvé dans la matrice pourrait servir

à faire comprendre, jusqu'à un certain point, la déviation du produit.

B. Abcès intra-pelviens se rattachant à un trouble de la menstruation.

L'auteur Hippocratique a écrit un passage qui se rapporte à ce point de pathologie, mais qui n'offre pas la clarté désirable. Voici ce passage :

« Il arrive quelquefois que les règles, après avoir été supprimées deux ou trois mois, ou plus long-temps, il survient aux aines une grosse tumeur, qui est rouge, mais qui ne s'élève pas en pointe. Bien des médecins en ont fait l'ouverture, ignorant ce que c'était, et ils ont mis la femme en danger. Cette tumeur provient de ce que les chairs, profitant de la grande quantité de sang qui va à la matrice, dont le col appuie sur cet endroit, prennent plus de volume et s'élèvent. L'on voit ensuite que si le col de la matrice reprend sa place, et que les règles coulent par les parties naturelles, la tumeur des aines s'affaisse. Elle se dégorge par l'utérus, qui s'évacue en la manière ordinaire. *Lorsque, au contraire, le col de la matrice ne revient pas en son lieu naturel, il se fait une suppuration aux aines, avec une ouverture qui donne ensuite issue aux menstrues ; et les dangers sont alors les mêmes que ceux dont je viens de parler.* »

Ce passage est difficile à interpréter, et c'est vainement que nous avons eu recours, pour nous en rendre compte, aux lumières de M. Brierre de Boismont (1), qui a si bien étudié la menstruation sous le double point de vue de la physiologie et de la pathologie.

Voici toujours une observation, dans laquelle il est aisé

(1) *Mém. de l'Acad. roy. de méd.*, Paris, 1841, t. IX, pag. 104.

de remonter d'un abcès intra-pelvien à un trouble de la menstruation. Elle n'est pas unique, et nous offre un exemple d'ovaro-péritonite partielle.

55[e] Obs. — *Froid subit ; suppression des règles ; ovaro-péritonites. Mort.* (1)

Une femme, âgée de 36 ans, tomba dans l'eau froide pendant qu'elle avait ses règles ; celles-ci se supprimèrent et, dès-lors, sa santé, bonne jusqu'alors, se détériora rapidement. Elle éprouva une douleur peu vive, mais continuelle, vers la région hypogastrique ; plus tard, elle fut prise de vomissemens et d'une abondante diarrhée ; plus tard enfin elle présenta les symptômes d'une pleuro-pneumonie, à laquelle elle succomba, sept à huit mois environ après sa chute dans l'eau. Derrière l'utérus, et à gauche du rectum, refoulé à droite, on trouva une poche accidentelle capable de contenir une orange : elle était remplie d'un pus consistant, verdâtre, inodore. Les parois de cette poche étaient tapissées par une membrane d'apparence muqueuse ; à sa gauche existait une autre tumeur qui semblait appartenir à l'ovaire développé. On voyait effectivement s'y rendre l'extrémité flottante de la trompe de Fallope et le ligament ovarien ; on en voyait partir le ligament rond plus volumineux que de coutume ; cet ovaire était transformé en une poche pleine de pus dont la moitié aurait pu admettre une pomme d'api. D'un des points de jonction des deux tumeurs précédentes, s'élevait une troisième tumeur oblongue, à parois minces, transparentes ; une sérosité limpide la remplissait.

C. Abcès intra-pelviens se rattachant à une lésion des organes génitaux.

I. *Matrice.*— a. *Cavité.*—En 1834, M. Husson présenta à la Société anatomique un cas d'abcès enkysté de la cavité utérine. Il y avait oblitération du col ; la matrice dilatée contenait environ deux verres de pus. La malade n'avait éprouvé aucun symptôme que l'on eût pu rapporter à cette lésion. M. Maisonneuve, à l'occasion de ce fait, dit en avoir observé un sembla-

(1) Andral.

ble sur une femme morte du choléra, et M. Reignier parla de plusieurs cas du même genre, observés par lui à la Salpêtrière, dans quelques-uns desquels les malades avaient eu des douleurs à l'hypogastre, vives et comme expultrices.

Comment s'expliquer la formation de ces abcès intra-utérins? En vertu de quelles conditions pathologiques le col de la matrice, muqueux à sa surface interne, s'oblitère-t-il? La production du pus trouvé dans la matrice n'est pas, comme on pense bien, la chose difficile à comprendre. Ce dont on ne peut se rendre compte rigoureusement, c'est la circonstance anatomique par suite de laquelle le pus est retenu au lieu de s'échapper, et convertit l'utérus en un abcès (1).

b. *Parois.*—On trouve des abcès dans les parois de la matrice. M. Barth en a montré plusieurs exemples dans ses conférences d'anatomie pathologique. Ils supposent une métrite partielle.

II. *Ovaires.*—Parmi les faits d'ovarite suppurée ou d'abcès ovariens, le suivant, qui se rapporte à l'ovarite blennorrhagique, bien observée par MM. Ricord et (Vidal de Cassis), mérite d'être reproduit; il n'a, toutefois, qu'une certitude approximative.

56e Obs. — *Ovarite blennorhagique suppurée* (2).

Après une vaginite des plus intenses, la matrice se prit, et puis les ovaires; alors apparurent les vrais symptômes de l'ovarite.

(1) Nous nous sommes assuré en interrogeant des chirurgiens qui ont pratiqué à la Salpêtrière, que les cas de ce genre sont assez communs. Ce sont des catarrhes de la matrice préalablement réduite à l'état de cavité close par l'oblitération de son col.

(2) Vidal (de Cassis), *Pathologie externe*, t. v, p. 793.

Les douleurs des deux fosses iliaques étaient des plus vives; cependant on ne les augmentait pas considérablement par la pression; en explorant avec soin cette région, après avoir évacué les gros intestins par deux lavemens, on sentait un empâtement; le haut des cuisses était aussi douloureux; il y avait des crampes dans les membres inférieurs, des vomissemens, des douleurs d'estomac, de la céphalalgie; un pouls médiocrement accéléré et assez souple; voilà les symptômes de cette ovarite qui, pour moi, fut manifeste; car après la cessation des douleurs, et pendant un moment de calme, dix jours après les premiers symptômes de la phlegmasie que je soupçonnais, j'appliquai le spéculum, et, à peine fut-il introduit, que je vis sortir par le col de l'utérus une grande quantité de pus, très bien lié, mais ayant une odeur des plus repoussantes. Il fut évident, pour moi, que ce pus venait des ovaires par les trompes, qui l'avaient conduit dans l'utérus, lequel s'en débarrassait pendant l'application du spéculum.

Il arrive qu'un kyste ovarique s'échauffe et suppure, après avoir renfermé un liquide plus ou moins limpide. C'est ce qui eut lieu dans le cas suivant, que nous a communiqué M. Ricord.

57[e] Obs. — *Kyste intra-pelvien suppuré; contre-ouverture; séton; guérison.*

Une femme à laquelle M. Ricord donnait des soins, et qui fut examinée aussi par M. Gerdy, portait une tumeur abdominale que l'on regarda comme un kyste de l'ovaire, et dont M. Ricord fit la ponction par la paroi abdominale avec le trois-quarts. Il sortit un liquide non purulent. Une injection iodée fut poussée dans le kyste et ne produisit pas d'effet. On porta la proportion d'iode jusqu'au quart du liquide employé. Alors la poche s'enflamma; mais l'inflammation dépassa le degré adhésif, et le kyste se remplit de pus mêlé au produit d'une exsudation sanguine. Voici quel fut, dans ces circonstances, le judicieux procédé imaginé et mis en pratique par M. Ricord. Une sonde à dard ayant été introduite par l'ouverture de la paroi abdominale, arriva jusqu'au vagin où elle fut reconnue par le doigt, et servit à pratiquer une

contre-ouverture. Un séton fut passé d'une ouverture à l'autre. On pratiqua des injections détersives et antiseptiques. La poche revint sur elle-même, et la malade guérit.

Ce qui arrive pour un kyste de l'ovaire irrité arriverait aussi bien pour un autre kyste du bassin. Nous avons déjà vu des kystes particuliers, les kystes fœtaux, entrer en suppuration sous l'influence de l'inflammation éliminatoire.

III. *Trompes.* — Voici d'abord un cas de fonte purulente tuberculeuse. Il ne rentre pas, non plus que les deux qui suivent, dans les abcès phlegmoneux, quoique, à la rigueur, on puisse se demander si la fonte tuberculeuse ne suppose pas nécessairement un certain degré d'inflammation. Mais ces faits incidens, d'ailleurs très intéressans par eux-mêmes, doivent nous servir à formuler une vue générale.

58[e] Obs. — *Tubercule ramolli des trompes* (1).

En 1834, M. Pégot présenta de la *matière tuberculeuse*, renfermée dans les trompes d'une femme qui, pendant la vie, avait ressenti des douleurs dans les lombes. La suppression des règles qui avait eu lieu quelques mois avant la mort, avait fait croire à la malade qu'elle était enceinte; elle rendait par le vagin une matière blanche et comme purulente. A l'autopsie, poumons criblés de cavernes. La trompe évidemment dilatée dans toute sa longueur et dans son orifice utérin permettait à la matière tuberculeuse de s'épancher dans la cavité utérine. M. Bérard (aîné) s'est assuré à plusieurs reprises de la facilité avec laquelle une pression exercée sur la trompe faisait fluer dans l'utérus la bouillie dont la trompe était remplie.

59[e] Obs. — *Tubercule des trompes* (2).

M. Nivet, présenta, en 1835, à la société anatomique, un cas d'envahissement des trompes et des ovaires par de la matière tu-

(1) *Bull. de la soc. anat.*, 1835.
(2) *Bull. de la soc. anat.*, 1834.

berculeuse chez une jeune fille de 20 ans, affectée d'aménorrhée, de toux habituelle, et de diarrhée avec fièvre continue. Les trompes étaient considérablement dilatées par le produit anormal. Il y avait des tubercules miliaires dans les deux poumons. D'autres se voyaient dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de la face convexe du foie.

66e Obs. — *Tubercule ramolli des trompes* (1).

M. Nivet montre un kyste des trompes utérines trouvé chez une jeune fille de 17 ans. La forme du kyste est pyramidale, de la grosseur d'un petit œuf; ses parois sont transparentes; les deux trompes viennent se rendre à la base du kyste, et communiquent avec lui. Cette tumeur renferme un liquide très épais, d'un blanc jaunâtre, granuleux, ressemblant à de la matière tuberculeuse très molle.

Le cas suivant est mixte; il offre un exemple d'abcès phlegmoneux des trompes et des ovaires.

61e Obs. — *Abcès des trompes et des ovaires* (2).

D..., trente-sept ans, mère de trois enfans, dont le dernier a dix-sept ans, fraîche et grasse, bien réglée, excepté depuis cinq à six mois, malade depuis trois environ sans cause connue, entre à la Charité le 2 septembre 1828.

Elle a eu de la constipation, plus tard une douleur dans le côté droit du ventre, et par momens des élancemens le long de la cuisse du même côté. Lorsque la constipation durait quelques jours, il survenait des vomissemens et des coliques qui ne se terminaient que par des évacuations alvines. Dans le mois d'août, la douleur changea subitement de côté, se fit sentir dans le flanc gauche, où se forma une tumeur accompagnée d'un engourdissement douloureux de la cuisse du même côté, profonde, sensible au plus léger contact, et d'une étendue à-peu-près égale à celle de la paume de la main. La jambe était faible, surtout dans la progression.

(1) *Bull. de la soc. anat.*, 1837.
(2) Andral.

M. Andral diagnostiqua une tumeur de l'ovaire. La malade fut soumise, les 3, 4 et 5 septembre, à l'application d'une vingtaine de sangsues (cataplasme : orge miellé; deux bouillons). La malade eut ses règles le 6 et le 7 septembre; pendant la durée de cette évacuation, la constipation cessa, et les vomissemens disparurent.

Peu-à-peu les symptômes s'aggravèrent : l'ancienne douleur de la cuisse droite se reproduisit; diarrhée; mort le 9, au milieu de coliques très vives, sans délire.

Autopsie. On trouva dans l'abdomen un épanchement séro-purulent considérable, mêlé de flocons albumineux.

Sur le côté de l'utérus, on apercevait une tumeur qui adhérait entièrement au rectum : celui-ci offrit une perforation circulaire, capable d'admettre tout au plus un tuyau de plume, et par laquelle il communiquait avec la tumeur indiquée. En comprimant légèrement cette dernière, le liquide purulent qu'elle contenait passa sur-le-champ dans la cavité intestinale. On enleva la pièce, et l'on reconnut que la tumeur ouverte dans le rectum, et située sur le côté gauche de la matrice, qui offrait à son sommet la partie interne de la trompe gauche, n'était autre que cette trompe elle-même, considérablement dilatée, enflammée et suppurée.

Enfin, derrière ce vaste foyer, on retrouva une tumeur moins considérable, du volume d'une noix, à parois manifestement fibreuses, de la couleur et de l'aspect que l'on connaît à l'ovaire : à l'ouverture, il s'en écoula un pus de bonne nature.

A droite, il existait une disposition en quelque sorte inverse : la trompe était, comme à gauche, enflammée et suppurée; comme à gauche, elle s'élargissait progressivement de l'utérus vers son pavillon, et là, il y avait, comme à gauche encore, une collection purulente assez considérable; mais ici c'était l'ovaire qui était le plus profondément affecté; c'était lui, et non pas la trompe qui formait tumeur. Celle-ci, renfermée tout entière dans le bassin, avait le volume d'un œuf de poule; elle était pleine d'un pus verdâtre, sans odeur, homogène, et un peu épais.

ABCÈS PHLEGMONEUX INTRA-PELVIENS CHEZ L'HOMME.

A. Abcès intra-pelviens se rattachant à une maladie de la prostate ou de l'urèthre.

Il est établi que les abcès de la prostate peuvent fuser dans le bassin. Voici un fait qui le prouve.

62e Obs.—*Tubercules d'un grand nombre d'organes et spécialement de l'appareil génito-urinaire; destruction de la prostate; perforation de l'urèthre; fistules urinaires*, par M. J. B. Durand (1).

L. D., âgé de vingt-cinq ans, menuisier, entre le 21 février à l'hôpital du Midi, dans le service de Cullerier. Dysurie ; douleur vive et profonde dans l'urèthre pendant la miction. Emaciation extraordinaire; surdité. M. Cullerier introduit immédiatement une bougie d'un calibre ordinaire qui ne rencontre aucune résistance, et qui, toutefois, arrivée à la portion prostatique, lui transmet une sensation particulière. Le malade souffre peu de l'introduction et du séjour momentané de la bougie dans le canal. Les jours suivans, le cours de l'urine observé directement, nous offre les particularités suivantes : au moment où le besoin se fait sentir, les premiers efforts pour chasser l'urine sont pénibles, infructueux, accompagnés d'un grippement des traits et de contractions musculaires qui dénotent une douleur aiguë. Après un instant, le cours du liquide s'établit par un jet normal, uniforme, non bifurqué, qui suffit pour ôter toute idée d'un rétrécissement notable (Cataplasmes au périnée, bains de siége, lin émulsionné).

Le malade, dont la voix présentait déjà, lors de son entrée, un enrouement très marqué et voisin de l'aphonie, se plaint bientôt d'une douleur à la région du larynx. On constate qu'il porte des tubercules et des cavernes.

Le 8 mars, la région inguinale droite paraît rouge et tendue. M. Cullerier diagnostique une inflammation du canal éjaculateur du côté droit, qui s'est propagée au canal déférent. M. Cullerier a observé plusieurs fois des faits analogues. C'est le même mécanisme de propagation que pour la plupart des cas d'épididymite blennorrhagique; il n'y a de différence que dans les causes de

(1) Bull. de la Soc. anat., 1839.

l'irritation primitive du canal. Dans le cas actuel, l'épididyme est parfaitement indolent. La tension et la douleur s'arrêtent précisément à l'anneau inguinal externe. Pour compléter l'analogie que nous venons d'établir, M. Cullerier cite plusieurs cas de blennorrhagie où il a vu l'inflammation, après avoir suivi le trajet indiqué, s'arrêter au même point, et respecter la portion extra-inguinale du canal déférent et de l'épididyme (bains de siége et sangsues sur le trajet inguinal du cordon, cataplasmes). Bientôt l'espace inguinal est occupé par une tumeur dont il détermine la forme et la direction. Le malade paraît avoir éprouvé, pendant quelques heures, de véritables symptômes d'étranglement qu'on attribua à la constriction du cordon par le contour fibreux de l'anneau (nouvelle application de sangsues). La tumeur prend, les jours suivans, plus d'extension, et s'élargit en gagnant la portion voisine de la région iliaque. La fluctuation est manifeste, mais seulement lorsqu'on palpe deux points rapprochés; on ne peut l'obtenir d'une extrémité de la tumeur à l'autre. M. Cullerier annonce plusieurs foyers isolés de suppuration, ayant pour siége le tissu cellulaire qui environne le cordon. Une première incision donne issue à une très petite quantité de pus séreux (la suite nous apprendra que c'était du pus mêlé d'urine). Deux autres ponctions donnent le même résultat. On dirait d'abcès enkystés du cordon.

Le 15 mars, les ouvertures pratiquées ne fournissaient plus une goutte de liquide; deux ou trois ponctions faites ce jour-là ne produisent pas davantage la déplétion de la tumeur. On applique alors la potasse caustique; la tuméfaction se dissipe peu-à-peu, et à la chute de l'eschare, l'ouverture offre un suintement continuel d'un liquide séro-purulent.

Dans les derniers jours de mars, un abcès se forme dans la région iliaque gauche, et fournit, quand on l'ouvre, une énorme quantité de pus. La paroi abdominale enflammée et tendue s'affaisse peu-à-peu, mais l'ouverture persiste et donne issue au même liquide que celle de l'autre côté. Vers les voies urinaires, rien ne paraissait changé; ce n'est qu'après quelques jours et lorsque la sécrétion purulente eût cessé qu'on soupçonna la nature du liquide qui suintait sans interruption, des deux ouvertures des régions iliaques. Bientôt on put s'assurer qu'au moment où le

malade faisait effort pour chasser l'urine, la quantité du liquide fourni par les fistules devenait beaucoup plus considérable, celle de l'urine donnée par le canal diminuant dans la même proportion.

L'analyse faite par M. Foy, pharmacien en chef de l'hôpital, ne laissa plus de doute; c'était de l'urine pure, comme, à l'aspect et à l'odeur, nous avions déjà pu nous en convaincre.

Pendant le mois d'avril, l'urine sortant par le canal et les fistules, parut tantôt naturelle, limpide, tantôt trouble, lactescente, tenant en suspension et laissant déposer par le repos une sorte de détritus floconneux. Une sonde en gomme élastique, placée à demeure et tenue constamment ouverte diminua à peine la quantité de liquide fourni par les voies anormales. Il fallait admettre pour origine de tous les accidens une crevasse du canal de l'urèthre; mais la situation des fistules rendait difficile la détermination anatomique du trajet. Mort le 16.

Autopsie. — Tête : rien à noter. Poitrine : tubercules dans les poumons; ulcères à fond tuberculeux dans les ventricules du larynx. La muqueuse pulmonaire est saine.

Le péritoine pariétal et viscéral paraît parfaitement sain. Nous nous assurons surtout de son intégrité dans les fosses iliaques, la région pelvienne et le cul-de-sac vésico-rectal.

Le foie, la rate, le pancréas, l'estomac, le duodénum, les deux tiers supérieurs environ de l'intestin grêle ne présentent rien de particulier. A partir de là, l'intestin grêle offre de nombreuses ulcérations. Très près de la valvule iléo-cœcale, dans une étendue de deux pouces et demi et dans presque tout le pourtour de l'intestin, apparaît une vaste perte de substance, où ont disparu les membranes muqueuse et musculeuse, et qui s'arrête à la tunique péritonéale. Dans le colon, on trouve çà et là des désordres pareils et encore plus étendus. En outre, dans plusieurs points, on remarque un épaississement caséeux, friable, où toutes les tuniques sont confondues et transformées en masse au sein de l'infractus tuberculeux. La péritonéale seule reste comme une dernière barrière que la dégénérescence n'a pu encore franchir. Ailleurs, quelques productions isolées apparaissent sous la muqueuse encore saine ou dans son épaisseur, et semblent appartenir au tissu cellulaire sous-muqueux ou aux follicules. Les ganglions mésentériques sont hypertrophiés et dégénérés.

Le *rein* et l'*uretère gauches* sont sains; le *rein droit* semble un peu hypertrophié. Revêtu de sa capsule, il offre à sa surface un grand nombre de tubercules crus logés dans l'épaisseur de cette membrane. Dépouillé de la capsule, le rein paraît injecté par traînées vers son extrémité inférieure; la moitié supérieure, plus pâle, offre, surtout près de l'échancrure et antérieurement, des granulations isolées ou de petites agglomérations tuberculeuses qui lui donnent un aspect plaqué. En les voyant, il est difficile de ne pas se rappeler les granulations de Bright, ou le quatrième degré de la néphrite albumineuse de M. Rayer (1). On les en distingue de prime abord par les saillies qu'elles forment et les bosselures appréciables au toucher qu'elles déterminent; tandis que, dans la néphrite albumineuse, une lame mince les recouvre comme un vernis transparent, et leur donne un aspect voilé tout-à-fait caractéristique. Une coupe longitudinale, partant du bord externe et portée dans la profondeur de l'organe jusqu'au confluent des calices et au bassinet, dévoile les lésions suivantes : dans la moitié supérieure, la substance corticale est parsemée de grains tuberculeux, excepté en quelques points où elle conserve son apparence normale. Quelques traînées miliaires semblent suivre ou remplacer le trajet flexueux des conduits de Ferrein au sein de cette substance. La tubuleuse est à-peu-près complétement envahie et transformée. Les mamelons dégénérés peuvent à peine se reconnaître au fond des calices, et ceux-ci ont eux-mêmes leur membrane érodée, ulcérée.

Dans la partie inférieure du rein, la substance glanduleuse n'offre aucune altération; la tubuleuse laisse apercevoir quelques corpuscules autour des calices; les mamelons sont sains. Dans tout le pourtour du bassinet, la muqueuse a disparu, et le produit accidentel a tout envahi. La cavité n'est cependant pas entièrement obstruée. L'uretère, dans une longueur de deux pouces et demi environ, est transformé en un cordon tuberculeux, épais; aucune trace de muqueuse à son intérieur. Toutefois, son calibre n'est point oblitéré; il pouvait encore transmettre à son réservoir le produit de la sécrétion rénale. Plus bas, l'uretère reprend sensiblement son aspect normal.

(1) *Traité des maladies des reins*, Paris, 1840, t. II.

De chaque côté, dans la fosse iliaque, et à quelques lignes du pli inguinal, se trouve un orifice à-peu-près circulaire. C'est par là que la presque totalité de l'urine s'échappait depuis long-temps. Un stylet, introduit dans chacune des ouvertures, peut être promené dans tous les sens et jusqu'à une certaine distance sous la peau décollée ; il est arrêté en dedans au niveau de la ligne blanche qu'il ne peut franchir, et en bas et en dehors à la région pubienne et à l'aine. C'est déjà une preuve que les deux fistules sont indépendantes l'une de l'autre à leur terminaison. La dissection fait découvrir de chaque côté sous la peau, en dehors de l'aponévrose du grand oblique, un vaste foyer à fond grisâtre : au niveau de la ligne blanche, une cloison fibro-celluleuse empêche les foyers de communiquer entre eux, et opère l'isolément des deux fistules. L'examen de la région pubienne nous a montré une interruption nette de tous les désordres ; les ligamens antérieurs de la vessie sont parfaitement intacts.

L'*urèthre*, fendu sur la paroi supérieure jusqu'au col de la vessie, nous a permis de constater l'origine de tous les accidens. Rien de remarquable dans les portions spongieuse et bulbeuse ; quelques ulcérations petites et très superficielles à la région membraneuse. La portion prostatique est remplacée par une crevasse de plus d'un pouce de diamètre dans tous les sens ; des masses tuberculeuses ramollies couronnent cette perforation ; tous les tissus voisins sont dégénérés et confondus en une substance caséeuse et homogène. Le veru-montanum a disparu ainsi que l'origine des canaux éjaculateurs. On arrive par la crevasse que nous avons décrite, dans une vaste caverne placée derrière le col et le bas-fond de la vessie, aussi étendue que la paroi postérieure de ce réservoir, pleine de matière tuberculeuse, délayée par l'urine, ayant pour paroi postérieure, d'avant en arrière, la partie antérieure de l'aponévrose moyenne ou ligament de Carcassonne, et la partie inférieure du rectum. Un stylet, porté avec précaution dans ses anfractuosités, vient soulever le cul-de-sac péritonéal situé entre le rectum et la vessie. Pour déterminer le trajet ultérieur de l'urine, une incision est faite à la séreuse, dans ce point, et nous la montre doublée d'un tissu cellulaire épaissi, noirâtre. Un stylet, partant de là, vient de chaque côté, en remontant le long des parois latérales de la vessie, sortir après avoir franchi une perfo-

ration de l'aponévrose du grand oblique, par les orifices fistuleux des fosses iliaques.

Le pourtour du *col de la vessie* est hypertrophié et dégénéré; l'orifice est large et béant, et commence à s'ulcérer. En arrière du col, dans presque toute l'étendue du trigone, de nombreux tubercules font saillie dans la cavité vésicale. Quelques petites ulcérations arrondies, déprimées au centre, à bords relevés, semblent appartenir à des follicules que l'état pathologique mettrait ainsi en relief. Le *rectum*, tous les muscles périnéaux, sont dans un état parfait d'intégrité.

Les *vésicules séminales* ont subi la même destruction que la prostate; quelques lambeaux tuberculeux flottant à la paroi antérieure de la caverne sont les seuls débris qui restent de ces organes.

La substance des deux épididymes est tout-à-fait méconnaissable, et le siége d'une sorte d'infiltration tuberculeuse. Les deux testicules, le canal déférent du côté droit, n'offrent aucune lésion. Le produit accidentel a transformé le canal déférent gauche en un cordon friable dans plus de la moitié de sa longueur.

L'auteur de cette observation, dans les réflexions dont il l'a fait suivre, ne s'est occupé que de rechercher l'explication du mécanisme suivant lequel l'urine est parvenue jusque dans les fosses iliaques et les régions inguinales. Pour nous, sans méconnaître l'importance de ce point d'anatomie pathologique, nous sommes plus frappé de cette effroyable cachexie strumeuse, en vertu de laquelle le malheureux sujet était affecté à mort dans deux appareils relatifs à sa vie propre, et dans son appareil reproducteur, aussi impuissant à vivre que probablement à donner la vie.

Quant à la voie suivie par l'urine et le pus, nous aurons occasion d'y revenir, en citant tout-à-l'heure un fait de M. Richet.

Les tubercules de la prostate sont beaucoup plus communs qu'on ne l'a pensé. Les observations de M. Lalle-

maud (1) le font présumer, et la pratique de quelques chirurgiens le démontre. C'est ainsi que M. Ricord nous a dit en avoir observé un nombre considérable à l'autopsie et sur le vivant. Les signes qu'il indique sont la tuméfaction irrégulière de la prostate, qui offre au doigt introduit dans le rectum, des points durs, d'autres ramollis, d'autres fluctuans. Ce diagnostic, comme on pense bien, a besoin d'être complété.

Il y a tout lieu de craindre pour la vie d'un homme qui porte une pareille altération. Quand il existe des tubercules dans la prostate, on doit supposer qu'il s'en trouve dans les autres pièces de l'appareil génito-urinaire ; et, dans cet état, si l'urèthre s'enflamme, de grands ravages peuvent avoir lieu. Les observations rapportées dans les deux paragraphes suivans le prouveront.

La fonte de la prostate, réduite à sa coque, fait anatomo-pathologique sur lequel a insisté notre savant maître, M. Velpeau, se rattache probablement à la tuberculisation prostatique.

Voici maintenant l'observation de M. Richet. Nous la résumons.

63[e] Obs. — *Rétrécissement de l'urèthre; crevasse de la partie postérieure de la portion membraneuse ; abcès urineux.*

Il s'agit d'un colporteur atteint depuis long-temps d'un rétrécissement de l'urèthre. Déjà une première fois il avait eu, à la suite d'une rétention d'urine, une tumeur au périnée, puis un abcès au-dessus du ligament de Fallope, à droite. En 1841, nouvelle rétention, formation d'une tumeur qui s'étend depuis le ligament de Poupart jusqu'au niveau de l'ombilic, et s'enfonce dans le petit bassin, quand on la presse en masse. M. Velpeau met dans l'urèthre une bougie qui sera gardée aussi long-temps

(1) Des pertes séminales.

que possible, et ouvre l'abcès, d'où s'échappe du pus urineux en très grande quantité. On panse avec une mèche. Les jours suivans, l'abcès se dégorge; le malade urine plus facilement. Il sort après avoir passé dix-huit jours à l'hôpital. Il importe de faire remarquer que cet homme avait eu, à diverses reprises, des abcès urineux au périnée, d'où était résultée l'induration des tissus péri-anaux, circonstance qui dut favoriser le passage de l'urine dans le tissu cellulaire sous-pelvien et la fosse iliaque.

On ne peut dire au juste dans quel point existait la crevasse uréthrale, mais à coup sûr ce n'était pas au-dessous de l'aponévrose périnéale moyenne. Elle se trouvait donc dans la partie postérieure de la portion membraneuse, ou dans la portion prostatique. De là le liquide a fusé en arrière d'abord, puis latéralement, et en haut. C'est ce qui eut lieu aussi dans le cas de M. Durand. La partie postérieure de la portion membraneuse et la portion prostatique sont renfermées dans la même cage aponévrotique, si bien étudiée et si bien décrite par M. Denonvilliers (*voyez* ses pièces au Musée de la Faculté, et sa thèse, 1837). De cette identité dans les rapports se déduit l'identité pathologique que nous venons de constater.

B. Abcès intra-pelviens se rattachant à une maladie du cordon testiculaire.

Le canal déférent, dans les affections strumeuses du testicule, devient tuberculeux, et comme tel, peut se ramollir, suppurer.

On a vu, dans l'observation de M. Durand, que le canal déférent gauche était tuberculeux. Voici maintenant ce qu'on lit dans une observation de M. Dalmas (1).

« Canaux déférens présentant des renflemens de plus en plus considérables, à mesure qu'on les examine plus près

(1) Journal Hebd., 1829.

des testicules, remplis d'une matière homogène, pultacée, sèche, jaunâtre, semblable à de la matière tuberculeuse, ou à du fromage mou; matière d'autant plus liquide et semblable à du pus, que le renflement est plus considérable; d'autant plus sèche et plus semblable à de la matière tuberculeuse, que le renflement est plus petit. Entre ces divers foyers, oblitération complète de la cavité des canaux déférens. »

Dans une observation de M. Lallemand (la 5e) (1), le canal déférent droit contenait, *dans toute son étendue, du pus épais, bien lié, et d'un blanc jaunâtre.*

Si l'on pouvait être certain qu'à la place de ce pus il existait auparavant de la matière tuberculeuse, ces deux faits nous feraient assister à toutes les phases de l'abcès tuberculeux des canaux déférens, sauf la dernière, qui consisterait dans la rupture du kyste et l'épanchement du liquide aux environs.

On comprend très bien que dans l'orchite blennorrhagique ou dans l'orchite simple, le cordon enflammé puisse échauffer et faire suppurer le tissu cellulaire ambiant.

Le cordon, affecté idiopathiquement, peut amener le même résultat. Un chirurgien célèbre fut pris, dans ces derniers temps, sans cause connue, d'une inflammation de ce genre. Il y avait de la douleur et de l'empâtement dans la fosse iliaque. Des applications de sangsues et les émolliens firent justice de l'inflammation.

Plusieurs des procédés de cure radicale des hernies sont susceptibles de donner lieu à des abcès dans le bassin. Il en est de même de la castration, etc.

Voici un fait extrêmement remarquable, dans lequel l'in-

(1) *Loc. cit.*

flammation du cordon et l'abcès iliaque consécutif furent déterminés par des efforts de vomissement. Il appartient à Ledran (1), et date de plus de cent ans.

64ᵉ Obs. — *Efforts de vomissement; phlegmon du cordon; abcès de la fosse iliaque.*

Le nommé Marin Quardée entra à la Charité le 28 juillet 1728. Vers le 12 du même mois, il avoit pris l'émétique, qu'on lui avoit conseillé pour quelque indisposition dont il se plaignoit. L'émétique l'avoit fait vomir, et dans les efforts, il avoit senti une vive douleur au-dessus de l'aine. Le lendemain, il s'étoit aperçu d'un léger gonflement au cordon spermatique, et il y avoit senti une douleur sourde avec quelques élancemens de momens à autres. Cela avoit été bientôt suivi d'une dureté au cordon, s'étendant depuis le testicule jusqu'au-dessus de l'anneau du muscle oblique externe. On avoit mis en usage les cataplasmes émolliens et résolutifs, après quoi la dureté avoit paru se ramollir, et même le malade s'étoit senti un peu soulagé; mais cela n'avoit pas été de longue durée, car le troisième jour la dureté étoit devenue plus considérable, et le testicule s'étoit gonflé bien davantage. C'est en cet état qu'il vint à la Charité.

Je fis faire trois saignées, et le malade fut mis à une diète sévère. La fièvre se mit de la partie, avec des douleurs considérables, occupant tout le côté du ventre et s'étendant par tout ce côté du corps jusque sous l'aisselle et même au cou.

Le 25 août, je crus sentir un peu de fluctuation dans la face interne de l'os des îles; c'étoit l'endroit où la douleur étoit la plus vive, et même à la nature du pouls je sentois que sûrement il se faisoit du pus en quelque partie; mais cette fluctuation n'étoit pas assez distincte pour me déterminer à faire l'ouverture.

Cependant le malade alloit de mal en pis, ses forces diminuoient à vue d'œil, et il avoit une espèce de délire sourd, car, de momens à autres, il lui échappoit des absurdités. Enfin sa tête se brouilla tout-à-fait, et on fut obligé de le lier. Le 7 septembre, je crus sentir distinctement la fluctuation, malgré la pro-

(1) Observations de chirurgie, 1731.

fondeur de l'abcès : alors je fis une consultation, moins pour juger si l'ouverture étoit nécessaire, que pour me mettre à l'abri des reproches, le malade paroissant si peu en état de la supporter, et paroissant toujours devoir mourir dans le moment même. Dans la consultation, il fut conclu de ne rien faire, regardant l'ouverture comme inutile, vu l'état du malade.

L'après-midi je vis qu'il n'étoit ni mieux ni pis. Alors je craignis d'avoir à me reprocher sa mort si je n'essayois pas à le sauver. Je pris mon parti, malgré le résultat de la consultation, et je fis l'ouverture de l'abcès, après m'être bien assuré du lieu où étoit le pus. Il en sortit environ une demi-palette d'une odeur insupportable. Je ne pus pousser mon incision bien loin du côté du pubis, parce que le pus ayant usé le tissu cellulaire du péritoine, il avoit gagné le profond du bassin vers les vésicules séminaires, en suivant le progrès du canal déférent.

Le lendemain le malade se trouva plus calme, et son pouls moins déréglé. A chaque pansement, après avoir fait sortir le pus autant que possible du fond de la plaie, j'y fis couler quelques gouttes de baume vert, après quoi je remplis le vide de bourdonnets mollets chargés de digestif simple.

La plaie alloit assez bien ; mais le quatorzième jour le pouls devint plus vif, les chairs se trouvèrent moins belles et même un peu flasques, et la suppuration fut plus abondante, ce qui venoit d'une diète déréglée, parce qu'on lui apportoit à manger du dehors. On y eut attention, et les accidens furent heureusement suspendus par une diète exacte. Le 24, j'aperçus une dureté à la circonférence de l'ulcère ; j'y fis mettre des cataplasmes émolliens sans rien changer à l'ordre de la curation. Alors le tout prit un bon chemin, le fond se remplit, la cicatrice se fit, et le malade sortit de l'hôpital le 5 octobre 1718.

La contraction des muscles abdominaux resserre l'anneau inguinal externe. On peut, par une expérience facile, se convaincre sur soi-même que, dans les efforts du vomissement, cette ouverture est fortement resserrée, d'où la compression du cordon testiculaire et son inflammation possible. L'inflammation du cordon a lieu, bien entendu, à la suite

d'autres efforts que ceux du vomissement, ainsi que nous venons de le voir encore par un fait du service de M. Gerdy.

C. Abcès intra-pelviens se rattachant à une maladie des vésicules séminales,

Stoll (1) a publié l'observation d'un homme de vingt-deux ans, qui avait été atteint de plusieurs gonorrhées, et qui mourut dans le délire. Voici ce que l'on trouva à l'autopsie.

« La vésicule séminale droite était dans l'état naturel, et pleine de liqueur spermatique ; la gauche était remplie de pus, et ses parois étaient dures, épaissies, enflammées dans divers points ; la tunique vaginale gauche était très adhérente au testicule ; celui-ci plus volumineux que le droit, contenait un abcès comme une noix, rempli de pus, et bien conditionné. Les deux cordons des vaisseaux spermatiques étaient en bon état.

« La prostate contenait de petits abcès; la vessie offrait intérieurement des taches rouges ; les reins étaient plus rouges que de coutume. »

En 1828, M. Dalmas (2) fit connaître l'observation d'un homme de vingt-trois ans, qui mourut après avoir présenté de la stupeur et du délire, et dont l'autopsie, outre des altérations cérébrales et gastro-intestinales profondes, fournit, du côté des voies génitales, les détails que voici :

« L'urèthre est libre, la verge est saine et intacte ; la prostate est infiltrée de pus, ou plutôt d'une matière pultacée qui s'exprime par grains, quand on presse sa substance. Les deux vésicules séminales sont remplies d'une matière de

(1) Ratio medendi, pars prima.
(2) Journ. Hebd.

même nature, épaisse et jaunâtre; on la retrouve dans les deux conduits déférens, plus loin dans le gauche que dans le droit. »

En 1836, M. Lallemand, de Montpellier, ajouta à ces observations intéressantes plusieurs faits analogues.

M. Ricord nous a dit avoir vu quatre fois la suppuration des vésicules séminales.

Chez un individu autopsié par M. Logerais, qui a communiqué l'observation à la Société anatomique, il existait de la matière tuberculeuse à l'état cru dans les vésicules séminales.

Chez le sujet de l'observation de M. Durand, nous avons vu que les vésicules séminales avaient été détruites.

Nous croyons apercevoir, dans quelques-uns des faits qui viennent d'être cités, les élémens d'une histoire complète de l'abcès tuberculeux des vésicules.

Premier degré : état crû (obs. de M. Logerais);

Deuxième degré : ramollissement (obs. de M. Dalmas, etc.);

Troisième degré : rupture du foyer, épanchement du pus dans les tissus voisins; destruction, disparition de l'organe (obs. de M. Durand).

Il existe une cachexie strumeuse de l'appareil génito-urinaire dans les deux sexes. Telle est la vue générale que nous nous sommes promis de faire sortir des faits. Elle nous paraît très importante et mériter toute l'attention des chirurgiens.

M. Deville, en 1843, communiqua à la Société anatomique deux cas remarquables sur lesquels il a bien voulu nous fournir quelques notes, qui nous permettent de les exposer d'une manière complète.

La maladie s'annonça tout-à-coup, dans les deux cas, par un état fébrile général : fréquence, développement du pouls, chaleur, sueur, rougeur de la face, céphalalgie, anxiété extrême, agitation portée à un degré tel, que les malades étaient pris comme de spasmes. Rien de bien caractérisé, d'ailleurs, par rapport à l'état local. Les deux malades sont morts : l'un au milieu de spasmes nerveux, l'autre dans un état d'affaissement comparable à celui qui termine la vie dans l'infection purulente. Chez les deux malades, il existait une orchite compliquée d'inflammation de tout le cordon testiculaire ; mais il n'y avait pas de symptômes qui pussent éclairer le chirurgien sur l'état des pièces profondes de l'appareil génito-urinaire.

A l'autopsie, dans les deux cas, on trouva une inflammation de la partie postérieure de l'urèthre, de la vessie, des uretères, des reins, des vésicules séminales, des canaux déférens, et d'un seul testicule (le droit), mais avec des différences dans les deux faits.

Le sujet qui avait succombé dans un état de spasme présentait cette inflammation au plus haut degré. En enlevant ensemble les organes génitaux et le rectum, au moment où on les détacha avec le scalpel, du côté droit, on ouvrit une vaste collection purulente située entre le bas-fond de la vessie et le rectum, et s'étendant dans la partie latérale droite du bassin. La poche, irrégulière, anfractueuse, renfermait un demi-verre de pus environ. Supérieurement, elle refoulait le cul-de-sac prostato-péritonéal ; en dedans, elle gagnait la ligne médiane ; en bas, elle reposait sur le muscle releveur de l'anus ; en dehors, elle refoulait en bas et en avant le lacis veineux considérable qui borne immédiatement en dehors la vésicule séminale. Le canal déférent droit

se perdait sur cette tumeur. Le canal déférent et la vésicule séminale gauches à peine dilatés, mais pleins de pus, étaient à leur place ou à peine refoulés. La dissection la plus minutieuse ne put faire retrouver la vésicule séminale droite. L'arrivée du canal déférent dans la poche purulente qui occupait exactement la place de cette vésicule, les rapports intimes de cette poche avec le plexus veineux signalé, la présence du pus dans la vésicule séminale gauche, démontrent suffisamment que la vésicule droite enflammée, et contenant du pus, s'était rompue dans le tissu cellulaire du bassin.

Chez le second sujet, observé comme le premier à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le professeur P. Bérard, les vésicules étaient seulement rouges et tuméfiées. Mais, sous un autre rapport, ce sujet a présenté un fait bien curieux, à cause de l'existence d'une orchite suppurée et d'une phlébite également suppurée du cordon, sans qu'aucun abcès se fût ouvert au dehors : de là ces symptômes d'infection purulente au milieu desquels il périt.

D'après les renseignemens qui nous sont parvenus, on aurait observé deux cas semblables à Bicêtre, dans le service de M. Nélaton, et M. Richard, interne des hôpitaux, en posséderait un autre, recueilli à l'hôpital Beaujon.

C'est un fait très remarquable que cette propagation de l'inflammation uréthrale à toutes les pièces de l'appareil génital.

ABCÈS PHLEGMONEUX INTRA-PELVIENS CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME.

A. Abcès intra-pelviens se rattachant à une lésion de l'intestin (1).

I. *Cæcum (phlegmon cæco-iliaque)*.—Nous voici arrivé

(1) On lira avec intérêt, à ce sujet, un travail tout récent de M. Bodart : *Des perforations du cæcum et de celles de l'appendice cæcale*; thèses de Paris, 1844, n° 156.

aux célèbres abcès de la fosse iliaque droite, au sujet desquels nous ne pouvons que tracer un cadre

Fréquence suivant le sexe. — Ce phlegmon est incomparablement plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Sur un tableau dans lequel nous avons réuni trente-six faits, nous en trouvons trente-deux qui se rapportent au sexe masculin, et quatre seulement à l'autre sexe.

Fréquence suivant l'âge. — Sur les trente-six cas précités, nous trouvons :

De 35 à 45 ans.	6
De 20 à 30 ans.	18
De 10 à 19 ans.	5
Jeunes gens sans fixation précise d'âge. . .	6
Enfant de huit ans.	1
TOTAL.	36

En réunissant les catégories deux par deux, nous avons :

De 1 à 20 ans.	12
De 20 à 45 ans	24
	36

Fréquence suivant la profession. — La désignation des professions manque souvent, et elle varie extrêmement dans les cas où elle est notée. M. Grisolle a eu raison contre M. Ménière, en niant l'influence professionnelle dans la production du phlegmon *cœco-iliaque*.

Cause occasionnelle. — Dans trois cas (Ménière. Barthélemy), l'abcès se forma après une entérite ou une entéro-colite ; chez trois femmes, la douleur à la région du cœcum se fit sentir après une constipation opiniâtre : l'une d'elles portait depuis l'enfance une hernie crurale droite (peut-être cœcale). Dans deux faits de M. Ménière, ce fut à

la suite d'excès de table que la tumeur se produisit. Dans trois autres de M. Ponceau, ce fut chez des individus affectés de colique de plomb (peintres, broyeurs de couleurs), traités par des purgatifs. On l'a vue survenir après l'emploi de purgatifs violens contre le tœnia, ou à la suite de l'abus des amers (Ménière); à la suite de travail forcé et de mauvaise nourriture (Dance, Ménière). Il s'en faut que l'étiologie soit toujours claire dans les différens cas que nous venons de rappeler.

Dans deux observations de Merling, ce sont des corps étrangers de l'appendice (matières fécales dures, graines de melon) qui causèrent l'abcès. Un cas analogue est rapporté par Mestivier (grosse épingle).

Symptômes et marche. — Ceux du début se confondent souvent avec les circonstances étiologiques (constipation, inflammation de l'intestin, etc.); toutefois l'invasion peut être brusque.

A un moment donné, la fosse iliaque droite devient douloureuse, le plus souvent sans élancemens, d'autres fois avec tension et élancemens (Ménière, Ponceau). Dans la première observation de M. Barthélemy la douleur se fit d'abord sentir à la *fesse*, ce qui laisse des doutes sur le véritable point de départ de l'abcès. Après un ou plusieurs jours, il survient un empâtement diffus ou circonscrit dans le point douloureux. La pression de ce point exaspère les douleurs. La cuisse est fléchie; ses mouvemens sont douloureux (Ménière, Grisolle); quelquefois le malade sent les gaz et les matières passer sur la tumeur; constipation avec ténesme, ou bien diarrhée; ardeur en urinant; miction difficile; chaleur à la peau; fièvre continue, ou seulement frissons le soir, ou irrégulièrement.

Après quelques jours, la tumeur se circonscrit, s'élève, et devient plus ou moins distinctement fluctuante. On a noté, dans quelques cas, l'infiltration du membre correspondant, effet de la compression ou peut-être de l'oblitération par un caillot, de la veine iliaque externe.

Diagnostic différentiel. — On distinguera facilement une tumeur formée par le foie ou par le rein déplacé d'un abcès de la fosse iliaque droite : la distinction sera plus difficile si le rein a suppuré ; mais, dans ce cas même, on s'éclairera en interrogeant la sécrétion urinaire. La mobilité d'une tumeur ovarique pourra la faire distinguer d'un abcès cœco-iliaque (Grisolle). Les symptômes particuliers à la péritonite partielle aideront à reconnaître une tumeur purulente qui en dépendrait, et qui pourrait en imposer pour l'abcès que nous étudions. Dans deux cas cités par M. Grisolle on aurait pu être embarrassé par un ostéo-sarcôme. Il est difficile qu'un anévrysme ou une hernie puisse faire croire à un abcès cœco-iliaque. Un abcès par congestion, à forme aiguë, comme en a vu M. Bérard aîné, pourrait induire en erreur, si l'on n'avait les antécédens pour s'éclairer. Mais la tumeur que l'on peut le plus facilement confondre avec un abcès de la fosse iliaque droite, est celle qui dépend d'un amas de matières stercorales : toutefois, la tumeur stercorale est bosselée ; on peut déplacer la matité en déplaçant les matières ; enfin, on a pour antécédent très important la constipation. Dans un cas douteux on devra administrer un purgatif.

Terminaisons. — 1° Après avoir constaté la présence d'une tumeur mate, immobile, résistante, avec gêne des mouvemens, on la voit disparaître insensiblement sous l'in-

fluence des antiphlogistiques et des émolliens (Grisolle, Ponceau, Husson et Dance).

2° Les symptômes généraux s'exaspèrent ; il survient du hoquet, de la diarrhée, des vomissemens ; la face est grippée ; péritonite ; mort (Albers, Grisolle). On trouve, à l'autopsie, un foyer purulent autour et en arrière du cœcum, avec destruction du tissu cellulaire qui environne cet organe et le commencement du colon ascendant, et de celui de la fosse iliaque droite jusqu'à l'arcade crurale, ou même jusqu'au pubis ; quelquefois inflammation et ramollissement du cœcum et du colon ascendant (Albers, Merling) ; d'autres fois l'intestin présente à peine de la rougeur (Husson et Dance).

3° L'abcès s'ouvre dans le cœcum. Tantôt la rupture s'opère naturellement, sans cause extérieure, tantôt à la suite d'efforts pour vomir, ou de toux (Ponceau). — *a*. Dans les cas malheureux, les selles restent purulentes ; le sujet s'affaiblit ; fièvre hectique ; mort. A l'autopsie, on trouve l'appendice cœcale ou le cœcum perforé dans un ou plusieurs points. — *b*. Dans les cas heureux, la tension et la pesanteur diminuent ; les douleurs cessent ; les mouvemens du membre correspondant deviennent faciles s'ils étaient gênés ; la tumeur s'affaisse ; la fièvre diminue ; l'appétit revient ; les forces renaissent ; enfin, après un temps qui varie de six à vingt jours, la guérison est complète : tantôt il ne reste plus de trace de l'abcès, tantôt un petit noyau d'engorgement subsiste pendant quelque temps.

4° L'abcès s'ouvre dans le rectum (Husson et Dance).

5° Il s'ouvre dans le cœcum et dans la vessie (Ménière).

6° Les tégumens s'infiltrent (Barthélemy), ou s'amincissent de plus en plus, et l'abcès s'ouvre extérieurement. On a vu la quantité du pus s'élever jusqu'à trois litres (Barthélemy).

Il peut sortir des corps étrangers avec le pus (graines de melon. — Merling). Dans une observation de Dupuytren, il se fit plusieurs ouvertures fistuleuses, qui donnèrent issue à du pus mêlé de gaz et de matières fécales ; il sortait aussi du pus par les selles. La guérison eut lieu après plusieurs mois de maladie.

Dans un cas du mémoire de M. Ménière, l'abcès s'ouvrit à la peau ; puis l'ouverture de la peau se ferma ; puis l'abcès s'étant reproduit, il s'ouvrit successivement dans le cœcum, dans la vessie, et enfin extérieurement, par la cicatrice.

Telles sont les terminaisons du phlegmon cœco-iliaque, lorsque le chirurgien n'a pu prévenir la formation du pus par un traitement antiphlogistique convenablement énergique, et lorsqu'il n'a pas lui-même ouvert une issue au pus, ce qu'il doit faire autant que possible.

II. *S iliaque du colon.* — Nous n'avons pas connaissance d'un seul exemple de phlegmon que l'on puisse attribuer à un état morbide de cet intestin. Il doit en exister cependant, ne fût-ce qu'à titre de complication d'une dégénérescence. M. Costallat nous a exprimé l'opinion que la plupart des rétrécissemens recto-coliques dépendent d'un abcès anciennement formé dans la fosse iliaque gauche ; mais ces abcès peuvent dépendre d'une autre cause que d'une affection de l'intestin. L'S iliaque est éloigné du tissu cellulaire du bassin par le mésocolon, ce qui n'existe pas pour le cœcum, différence qui explique comment le tissu cellulaire est solidaire des affections du second, tandis qu'il participe si peu à celles du premier.

III. *Rectum.* — Il n'est pas impossible, assurément, qu'un ulcère du rectum produise une suppuration intra-pelvienne. J.-L. Petit, dans son chapitre des ulcères, parle de l'inflam-

mation suppurative du tissu cellulaire qui entoure cet intestin, sans citer de faits à l'appui. Le cas rapporté par Foubert, et dans lequel on voit un abcès pré-rectal s'ouvrir dans le vagin, n'est pas probant, en ce que rien ne dit qu'effectivement l'abcès se fût produit consécutivement à un ulcère du rectum.

B. Abcès intra-pelviens se rattachant à la cystite ou à un corps étranger en voie d'élimination.

L'inflammation aiguë de la vessie peut donner lieu au phlegmon du tissu cellulaire environnant. M. Bégin, qui a bien étudié la cystite, dit : « Lorsque les malades ont succombé à la première violence de l'inflammation, on trouve dans le tissu cellulaire sous-muqueux, et jusque sous le péritoine, des plaques rouges, des infiltrations sanguines, et des ecchymoses qui se propagent dans le bassin. Des amas de pus, lorsque la maladie tendait à se terminer par la suppuration, existent assez souvent aussi dans les mêmes parties. »

M. Vidal (de Cassis), dans son *Traité classique de chirurgie*, formule ainsi une distinction nécessaire : « 1° le pus, ou une matière purulente, peut être excrété par la membrane muqueuse ; 2° il se forme des abcès dans les parois de l'organe, c'est-à-dire entre les membranes qui forment les parois. » L'abcès, ajoute-t-il avec M. Ferrus, s'ouvre dans la cavité de la poche urinaire, ou dans le tissu cellulaire du bassin. Mais pourquoi ne se formerait-il pas primitivement dans ce tissu sous l'influence de l'inflammation voisine ? C'est une loi générale, en pathologie, qu'un organe enflammé échauffe l'atmosphère celluleuse qui l'entoure.

L'abcès pourrait se former d'une troisième manière : par suite de la formation d'une ulcération vésicale, établie sui-

vant le mécanisme si bien étudié par M. Mercier, perforation qui aurait pour effet de livrer passage à une quantité plus ou moins considérable d'urine dans le tissu cellulaire ; peut-être aussi le même résultat pourrait-il arriver par suite de la formation d'une petite eschare.

Ainsi, la cystite pourra donner lieu à la formation de deux sortes d'abcès : à un abcès intra-pariétal, à un abcès extra-vésical, sous-péritonéal, et ce dernier abcès présentera trois variétés, c'est-à-dire qu'il sera le résultat de la rupture d'un abcès intra-pariétal, ou d'une inflammation du tissu cellulaire péri-vésical par voie de contiguïté, ou du passage d'une petite quantité d'urine dans ce tissu. Un calcul, ou tout autre corps étranger, pourrait produire le même résultat.

Les exemples d'abcès intra-pariétaux de la vessie sont si rares, que nous croyons utile de donner l'analyse d'un fait de ce genre, communiqué par M. Comin, à la Société anatomique.

65e Obs. — *Abcès des parois de la vessie; vessie à cellules ; hypertrophie de la prostate.*

Un homme de 85 ans se plaint d'une rétention d'urine datant de vingt ans. Il a été traité par la dilatation. Depuis dix-huit ans il a une énorme hernie inguinale à droite. La vessie est distendue. Le cathéter ne peut pas arriver jusqu'à la vessie, qui est très distendue par l'urine. Depuis quinze jours celle-ci ne sort que goutte à goutte. La vessie est devenue douloureuse à la pression. Après avoir réduit la hernie, le cathétérisme est pratiqué sans beaucoup de difficulté : il sort un litre et demi d'un liquide épais, couleur chocolat, très fétide. On s'assure que la moitié du liquide est formée par du pus mélangé de sang. Le malade est soulagé, et la distension de la vessie cesse (Bains, cataplasmes).

Le lendemain, 2 litres de liquide s'écoulent par le cathétérisme; ce liquide est presque transparent, sans traces de pus. Le même jour on en tire 3 litres en deux fois. Le lendemain, un premier cathétérisme donne 1 litre de liquide sanguinolent. Le soir, le ca-

thétérisme est impossible ; le bec de la sonde paraît arrêté par un obstacle invincible au-dessous du pubis, au-devant de la prostate (Bains). Fièvre et agitation; le lendemain, vessie distendue, douloureuse à la pression, envie d'uriner; de temps en temps, il coule quelques gouttes de liquide avec de grands efforts. Le cathétérisme est encore impossible. Le soir, la sonde pénètre et laisse couler un litre et demi d'urine teinte de sang. On laisse la sonde d'argent à demeure. Le lendemain, on sonde le malade deux fois, et le soir on laisse la sonde à demeure (Bains, lavemens). Le lendemain la hernie s'engoue, et ne peut être réduite. Deux jours après le ventre est douloureux, ballonné; envie de vomir. Pendant la nuit, agitation, douleurs générales, face altérée, pouls imperceptible, diarrhée, urine rare, chargée ; mort le soir.

Autopsie. On trouve du pus brunâtre dans le péritoine, diverses adhérences des intestins. Le cœcum constitue principalement la hernie.

Le péritoine est, dans toute son étendue, épaissi et cassant (*sic*), surtout au niveau des deux fosses iliaques, dans tout l'hypogastre et le flanc gauche. En arrière de la vessie, il présente dans quelques points une épaisseur de plusieurs centimètres, et inférieurement, dans le même sens, une ouverture à bords déchiquetés, minces et blanchâtres : c'est une véritable ulcération de la séreuse, à travers laquelle on fait sortir de l'urine quand on presse sur la vessie. Celle-ci étant détachée et ouverte, on voit que sa cavité est moins considérable qu'on aurait pu le croire d'après sa distension pendant la vie. La muqueuse vésicale, d'un noir grisâtre, forme plusieurs cellules à travers les fibres musculaires écartées. Trois de ces cellules, situées un peu au-dessus du bas-fond de la vessie, présentent une disposition remarquable : on ne voit pas dans leur fond la muqueuse herniée, et si on y fait passer un stylet, on arrive dans une large cavité sur-ajoutée à la vessie, et disposée entre le péritoine et la membrane musculeuse. C'est aussi dans cette cavité qu'aboutit immédiatement l'ulcération dont il a été parlé, et qui a déjà été remarquée par la cavité abdominale. Après l'avoir ouverte, on voit des tractus cellulaires fort nombreux qui unissent la séreuse à la musculeuse : ils sont baignés d'un liquide purulent, oléagineux, noirâtre, d'une odeur infecte. On peut remarquer que le sommet de la vessie est formé par cette

large cellule remplie d'urine et de pus, et qui porte seule des traces irrécusables d'inflammation : c'est cette espèce de diverticulum qui, pendant la vie, faisait saillie dans le ventre, et dépassait l'ombilic. La prostate est hypertrophiée.

Il existe, dans la science, un exemple d'abcès de la vessie ouvert dans le rectum qui mérite d'être reproduit.

66e Obs. — *Abcès de la vessie ouverte dans le rectum* (1).

Un de nos hommes politiques les plus marquans (Manuel, d'après M. Vidal, de Cassis), après avoir souffert plusieurs années d'une cystite, qui avait présenté à diverses reprises les symptômes de la purulence la plus évidente, rendit par le rectum, et en assez grande quantité, un liquide qui fut reconnu facilement pour être de l'urine. Cet écoulement eut lieu à des degrés différens, et sans être suivi d'accidens graves, pendant environ un an, quoique le malade se livrât à quelques exercices. Au bout de ce temps, il succomba à une infiltration d'urine dans le tissu cellulaire du périnée. A l'ouverture du corps, nous trouvâmes le bas-fond de la vessie adhérent dans quelques points avec le rectum. Il était, ainsi que la partie correspondante de cet intestin, fort aminci, et percé de quelques petits trous qui avaient donné passage à l'urine.

L'amincissement était plus remarquable, et les trous plus nombreux sur les parois de la vessie. La partie postérieure et supérieure de la vessie présentait plusieurs poches contenant du pus, et formées en grande partie par de fausses membranes, mais dont quelques-unes paraissaient situées dans les parois même de l'organe. Cette désorganisation remarquable avait été reconnue par Béclard pendant la vie. En pratiquant le cathétérisme, il sentit la sonde pénétrer dans une autre cavité que celle de la vessie, dont il craignit un instant d'avoir provoqué la perforation accidentelle.

Un abcès phlegmoneux du tissu cellulaire pelvien consé-

(1) Dict. de méd. t. IX.

cutif à une cystite devrait être ouvert par le périnée. Dans un cas comme celui de Manuel, on pourrait essayer d'isoler les deux réservoirs au moyen de la canule de M. Bermond, introduite dans le rectum.

C. Abcès intra-pelviens se rattachant à la péritonite.

Ou la péritonite était partielle, et a donné lieu à un épanchement circonscrit, entouré de fausses membranes qui lui forment un kyste; ou elle était générale, et des fausses membranes, des brides, ont divisé l'épanchement, qui s'est éparpillé, pour ainsi dire, en abcès.

Un grand nombre d'abcès intra-pelviens puerpéraux sont dus à des péritonites partielles. (V. plus haut.)

Il y a long-temps que Ledran a exposé, avec la concision, souvent fâcheuse, mais souvent heureuse, des anciennes observations, la péritonite purulente avec formation de foyers isolés.

67ᵉ Obs. — *Péritonite purulente. Abcès* (1).

Au mois de février 1727, faisant mon pansement à la Charité, un religieux m'avertit que dans la salle Saint-Jean il y avait un malade qui jetait du pus par l'ombilic. J'allai le voir, et en pressant assez légèrement sur son ventre, le pus fit un jet d'un demi-pied de haut. Le religieux me dit que ce malade avait eu depuis quinze jours une inflammation dans le ventre avec de grandes coliques et tous les accidens qui sont inséparables de la suppuration. Il était si mal, que je crus que les secours de la chirurgie seraient inutiles, et effectivement il mourut la nuit suivante.

Je l'ouvris, je trouvai l'épiploon très maigre, rouge et adhérent partout au péritoine et aux intestins, jusque dans leurs anfractuosités. En plusieurs endroits, il y avait du pus entre lui et les intestins, qui étaient gangrénés; ce qui semblait autant d'abcès

(1) Obs. de chir.

séparés, et il y en avait beaucoup au-dessous de l'ombilic dans l'adhérence qu'il avait contractée avec le péritoine. Le vide qui le contenait avait près de quatre travers de doigt de diamètre. C'est de là que le pus avait jailli.

D. Abcès intra-pelviens se rattachant à la phlébite.

L'observation suivante, qu'a bien voulu nous communiquer notre ami M. le docteur Ambroise Tardieu, agrégé de la Faculté, offre un cas probable d'abcès iliaque, suite de phlébite des veines du bassin. Nous disons probable, parce qu'à la rigueur on pourrait se demander si l'inflammation veineuse ne fut pas consécutive à l'abcès iliaque, au lieu de l'avoir déterminé, interprétation beaucoup moins vraisemblable, toutefois, que la première.

68e Obs. — *Abcès intra-pelvien par phlébite purulente de la veine cave inférieure, et de ses ramifications ; infection purulente.*

La nommée Monin (Claudine), femme Jacques, âgée de 44 ans, profession de journalière, mariée, amenée à l'Hôtel-Dieu le 26 juillet 1839, est dans un état d'émaciation et de faiblesse qui annonce les effets de la maladie et de la misère. Sa voix s'entend à peine, et le peu de suite qu'elle met dans ses réponses, aussi bien que l'impuissance de sa mémoire à remonter en arrière, rendent très difficile la connaissance exacte de ses antécédens et des premiers symptômes qu'elle a éprouvés. La face, extrêmement amaigrie, présente comme tout son corps une teinte jaunâtre terreuse. Les yeux sont enfoncés et hagards. Le pouls est misérable et presque insensible ; la langue sèche. Outre ces symptômes généraux très graves, elle présente au membre inférieur gauche, auquel elle rapporte tout son mal, tous les signes d'une phlébite extrêmement compliquée. — On n'obtient que des renseignemens très incomplets touchant l'origine de cette phlébite. La malade dit d'abord qu'elle lui est venue spontanément ; puis peut-être à la suite de veines rompues. La cuisse et la jambe sont le siége d'un œdème douloureux considérable. Le genou est tuméfié et

les mouvemens y sont impossibles. Le trajet des veines est sur tout le membre, rouge, tendu, douloureux. En plusieurs points on y rencontre une fluctuation manifeste; partout un empâtement, une tension très pénibles pour la malade. Elle a eu déjà à plusieurs reprises des frissons, et peu de jours se passent jusqu'à la fin de ses souffrances, sans qu'elle en ait de plus ou moins forts. Des incisions faites sur les points les plus tendus, et où la fluctuation se présente, donnent issue à une grande quantité de pus. Cataplasmes; bains; eau de veau; petit lait.

Dans les premiers temps il y a de la constipation; mais bientôt survient du dévoiement qui continue opiniâtrément jusqu'à la fin. Les débridemens ont soulagé la malade, mais s'il n'y a plus de tension, il reste toujours de l'empâtement et de l'œdème. — Bientôt aussi une eschare profonde se forme au sacrum; cependant la malade ne peut changer de position et supporter un décubitus latéral. Alimentation tonique.

28 juillet. Elle accuse dans l'articulation scapulo-humérale du côté gauche une douleur persistante et très aiguë que les mouvemens accroissent beaucoup. L'articulation ne présente d'ailleurs pas de gonflement non plus qu'aucun autre signe extérieur. Cependant la malade va chaque jour s'affaiblissant.

10 août. Vers le 10 août, elle est prise d'une toux catarrhale accompagnée d'une expectoration purulente qui la fatigue beaucoup.

23 août. Enfin elle succombe épuisée, le 23 août à 4 heures du matin. Depuis dix jours environ, elle se trouvait mieux, et ne souffrait plus de la cuisse; elle n'était plus tourmentée que par la toux.

Autopsie. — *Cavité thoracique.* — La plèvre offre de nombreuses traces d'inflammation ancienne. Des fausses membranes recouvrent les poumons qu'elles unissent à la plèvre pariétale, et dont elles lient les différens lobes entre eux. — Les bronches sont remplies d'écume. — Les poumons sont emphysémateux. En comprimant leur tissu, on fait suinter un peu de pus par les orifices des bronches. Mais, de plus, le lobe inférieur du poumon gauche présente deux ou trois abcès métastatiques bien nettement caractérisés. — Le cœur est rempli, dans toutes les cavités

de caillots de sang noir coagulé ayant la consistance de la gelée de groseille.

Cavité abdominale. — Le foie est sain.

La rate est petite, presque diffluente, d'une coloration légèrement marbrée. Le tube intestinal offre à sa partie inférieure un peu de rougeur.

Les reins sont sains.

Veines. — La veine cave inférieure, au niveau de la première vertèbre lombaire, est oblitérée par un caillot adhérent à ses parois. En arrière, celles-ci sont érodées, ulcérées, et laissent écouler une grande quantité de pus. Au-dessous de ce point, on peut dire que le système veineux du côté gauche n'existe plus. Les veines iliaque et hypogastrique sont confondues avec les tissus environnans, et détruites par l'abondante suppuration au milieu de laquelle elles baignent (Le petit bassin est rempli de pus). La veine fémorale dans ses deux tiers supérieurs est convertie en un cordon ligamenteux très dur, et constitué par un caillot fibrineux presque décoloré. Au-dessous, et dans toute l'étendue du membre inférieur, les veines présentent tantôt des caillots obturateurs, tantôt de petits abcès circonscrits.

Tissu cellulaire. — Ganglions. — Le tissu cellulaire du membre inférieur gauche est infiltré d'une sérosité purulente; dans le pli de l'aine, il adhère à tous les tissus, et surtout aux ganglions lymphatiques, avec lesquels il forme une masse purulente.

Muscles. — Le muscle psoas gauche est converti en un énorme foyer purulent. Du reste, les vertèbres auxquelles il s'insère, ne sont pas malades.

Articulations. — L'articulation scapulo-humérale dont la malade s'est plainte pendant la vie, est tapissée par une synoviale rougeâtre, fongueuse et imprégnée de pus. L'articulation du genou gauche renferme une énorme quantité de pus. Les cartilages et les os sont sains.

B. Abcès intra-pelviens se rattachant à une maladie des ganglions lymphatiques du bassin.

Dans une observation du service de M. Vidal (de Cassis), publiée par M. Dumoulin, interne de l'hôpital du midi, on

voit qu'à la suite d'une orchite blennorrhagique du côté droit presque entièrement dissipée (le sujet était prêt à sortir), il se développa des douleurs vagues dans le ventre, qui devinrent bientôt tellement aiguës, que le malade poussait des cris et était en proie à une grande agitation. Ces douleurs se propagèrent à l'hypogastre et à la région iliaque gauche. La palpation fit découvrir dans la région inguinale droite une tumeur se prolongeant dans la direction du canal et constituée par des groupes de petites grosseurs. L'opinion de M. Vidal fut que le cordon enflammé avait communiqué sa phlogose aux ganglions hypogastriques et iliaques.

Dans ce cas, il n'y eut pas de pus ; mais il est aisé de comprendre qu'il aurait pu s'en former autour de cette vaste adénite pelvienne. Dans le fait suivant, il y eut abcès. Il est tiré de la pratique de M. le professeur Velpeau.

69ᵉ Obs. — *Bubon. Orchite. Inflammation du cordon* (1).

Un jeune homme, étudiant en médecine, a été affecté d'un bubon, qui après avoir été traité par les antiphlogistiques d'une manière énergique, a cependant fini par suppurer. Il y a eu orchite, inflammation du cordon des vaisseaux spermatiques. Le bubon est resté en suppuration; des fistules ont persisté ; par suite des voies de communication qui existent entre les ganglions de l'aine et ceux de la fosse iliaque, l'inflammation s'est propagée à ces derniers, et de là au tissu cellulaire qui les entoure. Celui du canal y a participé également ; de là un abcès énorme que j'ai ouvert ce matin : le pus qui s'en est écoulé était crémeux, bien lié et très abondant.

Il y avait bien un bubon suppuré, mais il y avait en même temps orchite et inflammation du cordon. Il en résulte qu'on ne peut savoir si c'est de l'adénite inguinale ou de

(1) Leçons orales.

l'inflammation funiculaire que le phlegmon iliaque a procédé.

M. le professeur Sédillot a eu dernièrement, dans son service de l'hôpital militaire, à Strasbourg, deux malades affectés de suppuration intra-pelvienne à la suite de bubon syphilitique.

Chez l'un, il se forma un abcès froid de la fosse iliaque, s'étendant en haut jusqu'au rein, en bas jusque dans l'excavation du petit bassin. M. Sédillot ayant ouvert cet abcès, les douleurs, qui étaient intolérables, furent calmées entièrement et définitivement; mais le malade mourut dans le marasme six semaines plus tard.

L'autre eut un abcès phlegmoneux de la fosse iliaque; la suppuration s'étendit à la cuisse, aux lombes et dans la cavité du petit bassin.

Dans les deux cas, le bubon avait été ouvert avec le bistouri et était passé à l'état chancreux.

M. Vidal (de Cassis) a ouvert et guéri, à l'hôpital du Midi, un abcès iliaque suite également de bubon vénérien.

M. Ricord nous a dit avoir observé une quinzaine de cas semblables, et n'avoir perdu qu'un seul malade. L'abcès était ouvert; l'élève chargé du pansement poussa le porte-mèche avec trop de force, et le fit entrer dans le péritoine. La mort fut prompte.

L'opinion de M. Ricord est que, dans tous les cas, les adénites intra-pelviennes sont strumeuses.

M. Laveran, professeur au Val-de-Grâce, a publié (1) le fait d'un soldat qui venait d'être guéri d'un bubon du côté droit, et chez lequel un abcès se forma dans la fosse iliaque correspondante. Bien que M. Laveran eût largement ouvert

(1) Mém. de méd. mil., t. LIII.

l'abcès au-dessus du ligament de Fallope, l'aponévrose et le péritoine s'ulcérèrent dans un point inférieur à l'ouverture artificielle. Le malade vécut encore huit jours.

C'est en vain que vous ouvrirez l'abcès : si vous n'avez pu placer votre voie d'élimination dans un point suffisamment déclive, la nature, qui marche à son but sans regarder le danger, en pratiquera une, et vous voyez ce qu'elle peut faire.

Le traitement du phlegmon iliaque, dans ce cas, doit être celui de tous les phlegmons. S'il s'agit d'un abcès froid, supposé strumeux, on doit toujours modérer l'élément phlogistique local ; mais il faut aviser à l'état constitutionnel au moyen des modificateurs appropriés, et surtout de l'iodure de potassium. L'abcès ouvert, on a à craindre l'infection purulente, l'excès de la suppuration, la formation d'une ouverture spontanée pour cause de non-déclivité de l'ouverture existante, l'extension indéfinie du travail suppuratif, enfin, la formation d'une fistule.

F. Abcès intra-pelviens se rattachant à une maladie des muscles ou de leurs dépendances.

I. *Muscles.* — *Psoïte.* — On appelle psoïte une maladie qui affecte souvent le muscle iliaque en même temps que le psoas.

Cette maladie varie anatomiquement et étiologiquement.

Anatomiquement, elle offre deux variétés : la variété *puriforme*, et la variété *putrilagineuse*.

La première n'a pas besoin d'explication. Béclard l'a vit à son plus haut degré, lorsqu'il trouva l'aponévrose du psoas remplie de pus, le muscle ayant disparu en entier.

La seconde consiste dans la fonte du tissu musculaire en une bouillie brunâtre, en un détritus infect.

Étiologiquement, c'est-à-dire par rapport aux conditions dans lesquelles elle se produit, la psoïte se présente dans quatre sortes de circonstances :

1° A titre de complication de l'accouchement;

2° Comme effet de l'inflammation suppurative du tissu cellulaire sus-aponévrotique;

3° Par suite de cause rhumatismale;

4° Par suite de cause traumatique.

L'observation de M. Perrochaud est un type de la variété puerpérale. M. Ferrus cite des faits qui semblent probans en faveur de la psoïte rhumatismale. Nous-même rapporterons un cas qui s'y rattache, et que nous devons à un médecin éclairé, M. le docteur Fournier, ancien élève interne de Dupuytren, dans le service duquel il recueillit l'observation. Quant à la variété traumatique, nous en citerons aussi un exemple. Il suit de cette division que, comme l'a bien reconnu M. Fouquier (1), la psoïte est primitive ou consécutive. Elle est primitive quand elle est traumatique, par exemple; consécutive lorsqu'elle succède à l'inflammation du tissu cellulaire sus-aponévrotique.

Mais ce n'est là que l'étiologie vue de loin, pour ainsi dire. Par quel mécanisme la psoïte se produit-elle dans l'accouchement? Admettrons-nous la théorie de M. le docteur Kyll, bien discutée par M. J. Cloquet, dans des remarques dont il a fait suivre une observation de psoïte, recueillie à la clinique de la Faculté, où M. H. Larrey remplaçait alors M. le professeur Cloquet?

Si l'accouchée a senti un fort tiraillement ou un craquement dans les lombes, par suite d'un écartement violent des

(1) Morisot, *Journal de méd.* 1844.

cuisses, pourquoi douterait-on que ce fût là l'occasion de la psoïte, favorisée, d'ailleurs, par les conditions générales dans lesquelles se trouve la femme? N'existe-t-il pas des cas évidens de psoïte ainsi développée chez l'homme?

Il faut avoir égard aussi à la contusion possible du muscle par suite du passage de l'enfant.

La seconde variété reconnaît un mécanisme qui a son explication dans l'histoire générale de l'inflammation : de même que le phlegmon cœco-iliaque peut amener l'ulcération des parois de l'intestin, il peut *ulcérer* l'aponévrose.

Le symptôme le plus important de la psoïte est la flexion de la cuisse du côté malade; mais ce signe n'est pas pathognomonique : en effet, une simple tumeur iliaque avec tension et douleur vive, sans lésion musculaire aucune, doit porter le malade à relâcher la paroi abdominale antérieure, et il n'a pas de meilleur moyen pour y parvenir que de fléchir la cuisse sur le tronc. Ainsi, la flexion du membre n'est point exclusivement propre à la psoïte. D'un autre côté, le muscle peut être réduit en bouillie, et le membre rester étendu sur le tronc; ce qui a été vu dernièrement par M. Nathalis Guillot, sur le cadavre d'un choréique, à la Salpétrière. Il y a plus : on ne s'était pas douté de l'altération du psoas, qui ne s'était révélée par aucun signe. Le symptôme précité, pour n'être pas absolument certain, n'a pas moins une grande importance. S'il est accusé, comme dans le cas de M. Perrochaud, il est décisif.

Un autre a de l'importance : c'est le siége de la douleur, qui est souvent lombaire, au lieu d'être iliaque. Il en est de même de celui de la tumeur.

On serait mis directement sur la voie si la cause était

traumatique, comme dans le cas de M. Denonvilliers, que nous allons rapporter. Il y eut, par suite d'un effort, un craquement sensible dans les lombes ; un vrai coup de fouet lombaire : l'abcès s'ensuivit.

Dans le traitement de la psoïte, il faut s'efforcer d'empêcher le pus de fuser en bas. Une bonne position, déclive des pieds vers la tête, au moyen de l'élévation du bassin, et une incision hâtive au-dessus de la crête iliaque, en arrière, pourront faire obtenir ce résultat. Mais d'abord, par tous les moyens connus, il faut s'efforcer d'empêcher la terminaison de la psoïte par suppuration.

Voici l'observation de M. Denonvilliers.

10e Obs. — *Psoïtis; abcès de la fosse iliaque; ouverture à la partie supérieure de la cuisse dans la gaîne du psoas ; contre-ouverture ; guérison.*

Le nommé Niclet, tailleur, âgé de 40 ans, malade depuis deux mois, entre, le 3 décembre 1842, à la Clinique. Constitution médiocre; facies qui fait soupçonner l'existence de tubercules ; l'examen de sa poitrine, sans donner de renseignemens positifs et certains, ne peut cependant qu'accréditer cette opinion. Néanmoins, à part des rhumes assez fréquens, le malade avait toujours joui d'une assez bonne santé.

Au commencement d'octobre dernier, en soulevant un tapis, il ressentit une douleur vive dans la région lombaire droite, s'irradiant jusque dans l'épaule avec sensation d'un frémissement particulier du côté du dos et de la cuisse, vers le petit trochanter (attaches du psoas). Il n'avait jamais éprouvé aucune douleur auparavant; jamais non plus de dérangement dans les garde-robes. Cette douleur instantanée fit place à une autre moins vive, siégeant à l'aine, s'accompagnant de gêne dans les mouvemens du membre correspondant, et qui persiste toujours depuis. Pendant tout le courant de novembre jusqu'au 3 décembre, époque à laquelle il entra à l'hôpital, le malade avait continué de vaquer à ses occupations, mais toujours en souffrant de la hanche, et

forcé de tenir la cuisse un peu fléchie sur le bassin, parce que l'extension du membre déterminait des douleurs très vives dans l'aine et la région lombaire droite. Il s'était formé peu-à-peu dans cette partie une tumeur que le malade appréciait très bien, et qui prenait de jour en jour plus d'extension. Il éprouvait fréquemment, et d'une manière irrégulière, quelques mouvemens fébriles, avec sueurs. Enfin, depuis cette époque, il fut pris d'une constipation fort opiniâtre, telle que tous les huit jours seulement il pouvait aller à la garde-robe.

A son entrée, on apercevait une tumeur large assez dure dans la fosse iliaque.

Vers le 20, le malade éprouva plusieurs fois de petits frissons qui parcouraient le dos, et qu'il comparait à une sensation de chatouillement. Cependant la tuméfaction s'étendait à l'aine et à la partie supérieure de la cuisse, surtout en avant; la fluctuation y devint bien évidente, et le 1[er] janvier, nous pouvions constater une tumeur considérable occupant tout le flanc droit, se continuant sous le ligament de Fallope avec gonflement de la cuisse. Une main placée à la partie antérieure tandis que l'autre comprime la tumeur iliaque, est soulevée d'une manière très sensible. La cuisse peut être fléchie, mais ne peut être étendue sans douleur.

Le malade éprouve de la tension et une douleur sourde dans la région affectée. Pas de réaction fébrile, appétit, constipation que l'on combat avec des lavemens. La colonne vertébrale explorée avec soin ne présente rien d'anormal; les membres inférieurs n'offrent aucune sorte de paralysie ni de douleur névralgique indiquant une altération des vertèbres.

Le 3 janvier, on pratique l'ouverture de la tumeur. Une incision faite couche par couche avec un bistouri convexe est dirigée verticalement à 3 centimètres au-dessous de l'arcade crurale vers la partie moyenne de la cuisse, immédiatement en dehors du couturier : elle a 8 centimètres de longueur. A peine a-t-on incisé la gaîne aponévrotique des psoas et iliaque, qu'il s'échappe un flot de pus crêmeux de bonne nature; on en laisse l'écoulement se faire spontanément sans comprimer la tumeur iliaque, qui s'affaisse peu-à-peu; la quantité de liquide peut être évaluée

30.

à 250 grammes. On se contente d'introduire dans la plaie une petite mèche et de recouvrir la partie d'un cataplasme.

Le lendemain, et jours suivans, le malade se trouve bien soulagé; il a de l'appétit, et on lui accorde une portion d'alimens; il ne se développe aucune réaction fébrile. On a supprimé la mèche, et le pus continue à s'écouler assez abondamment par la plaie, la tuméfaction de la fosse iliaque et de la partie supérieure de la cuisse a beaucoup diminué : elle est plus dure, et n'offre plus de fluctuation; le pus conserve toujours les bonnes qualités qu'il présentait au moment de l'ouverture. Cependant, le 16 janvier, les choses restant stationnaires depuis quelques jours, une sonde de femme, introduite dans ce foyer, fait reconnaître qu'il est encore assez étendu, non pas en haut vers la fosse iliaque, mais en arrière et en dehors vers la partie postérieure et externe de la cuisse. Il paraît alors évident que, d'après la situation de l'ouverture à la partie supérieure du foyer, le pus ne peut trouver un écoulement facile (malgré la recommandation faite au malade de se coucher sur le côté). On se décide donc à pratiquer une contre-ouverture dans un point naturellement déclive. A cet effet, une sonde de femme, introduite dans le foyer, et maintenue par un aide, est poussée de manière à en faire saillir l'extrémité sous les tégumens de la cuisse en arrière et au-dessus du grand trochanter.

C'est sur ce point que M. Denonvilliers pratique une incision de 4 centimètres environ, divisant successivement des couches musculaires de 2 centimètres d'épaisseur, jusqu'à ce qu'enfin le bistouri rencontre l'extrémité de la sonde : aussitôt le pus s'écoule en petite quantité par cette nouvelle plaie; un bistouri boutonné sert à l'agrandir. On introduit une mèche qui établit une communication entre les deux ouvertures en passant par le foyer.

Le 17, le malade a éprouvé un frisson d'une heure et demie, suivi de réaction fébrile peu de temps après l'opération. Il ne s'est pas écoulé de pus par la nouvelle plaie; on s'aperçoit que son trajet est bouché en grande partie par des caillots que l'on fait sortir.

Le 18, la fièvre a complétement cessé; mais l'ancienne ouver-

ture fournit seule la suppuration. On réintroduit une sonde de femme pour désobstruer la nouvelle voie et détruire les adhérences molles qui auraient pu s'y former; d'un autre côté, le malade se plaint de douleurs au sacrum, où existe de l'érythème et une tendance à l'excoriation. On dispose des coussins de manière que les genoux et le tronc étant relevés, le siége porte à faux, et que l'ouverture postérieure soit dans le point le plus déclive.

Le malade ne peut garder cette position : on place sous le siége un coussin percé pour éviter la pression de la peau de la région sacrée et du contact du pus sur les tégumens rouges.

Le 19, l'écoulement du pus s'est fait librement par la plaie nouvelle, et à diminué par l'ancienne. Ce résultat se maintient jusqu'au 25, époque à laquelle l'ouverture antérieure ne fournit plus de suppuration, même lorsqu'on en provoque l'écoulement par des pressions; en même temps la tuméfaction iliaque est remplacée par un cordon fibreux dur qu'on sent à peine à travers les parois abdominales ; le gonflement de la cuisse a disparu.

Peu-à-peu la suppuration de la plaie postérieure diminue, devient séreuse, les plaies se rapprochent, le malade se lève et peut exécuter très librement tous les mouvemens de sa cuisse.

L'observation qui suit est celle de M. Fournier, dont nous avons parlé, et qui se rapporte à la psoïte rhumatismale.

71ᵉ Obs. — *Vaste abcès dans la fosse iliaque gauche, dans l'aine, la fesse et autour du grand trochanter du même côté, suite d'une affection rhumatismale aiguë; ponctions; fièvre; dévoiement; escharres au sacrum; mort.*

Le nommé Pascal (Didier), âgé de 40 ans, marié, charpentier, fut toujours d'une assez bonne santé. Il y a un an, il fut obligé de travailler long-temps la nuit et le jour à réparer la grande roue d'un moulin; il était presque constamment dans l'eau. Quelque temps après ces travaux, il éprouva des douleurs dans les articulations des deux pieds. Ces douleurs se portèrent aux mollets, aux genoux, aux hanches, aux reins, et se fixèrent avec beaucoup d'intensité aux parois de la poitrine. Jusqu'à ce moment il était resté chez lui, se tenant chaudement pour combattre ce qu'il appelait des fraîcheurs; mais lorsque la respiration

devint courte et difficile, lorsqu'il eut une fièvre très vive, il fit venir un médecin. On lui pratiqua plusieurs saignées, on appliqua au bas de la poitrine, et à gauche, des sangsues, des ventouses scarifiées; il fit diète long-temps, et se trouva guéri; cependant il lui resta toujours de la douleur accompagnée de pesanteur dans l'aine gauche et à la fesse; les mouvemens de la cuisse sur le bassin étaient très difficiles et bornés. Le malade gardait toujours le lit; il maigrissait et avait peu d'appétit; il eut encore des douleurs dans les jambes et aux bras. Il y a trois mois, il lui sembla qu'il portait une tumeur dans l'aine: elle était molle; il se croyait affecté de descente. Il resta chez lui encore long-temps sans faire de traitement particulier; enfin il se fit admettre à l'Hôtel-Dieu, et fut couché au n° 8 de la salle Sainte-Agnès, dans l'état suivant: Il existe une tuméfaction considérable: 1° dans la fosse iliaque externe gauche; 2° sous le muscle grand fessier; 3° autour du grand trochanter; 4° à la partie supérieure et interne de la cuisse. Ces différens points, sans changement de couleur à la peau, parfaitement circonscrits, cèdent sous le doigt comme le ferait un liquide: il est facile de déplacer les parties contenues à la cuisse, par exemple, mais c'est en augmentant les autres collections. Si l'on frappe l'une des tumeurs avec les doigts, le mouvement se communique aux autres. Pour établir que la communication a lieu par l'arcade crurale, et non par le grand trou ischiatique, il suffit de placer le bord cubital de la main sur l'ouverture de l'arcade crurale; on ne peut, par aucune pression, faire changer le liquide de position; le contraire a lieu si on presse les tumeurs sans oblitérer uniquement le canal crural. La constitution du malade n'est pas affaiblie d'une manière extraordinaire: il souffre peu; sa face est pâle, la digestion difficile; il n'y a pas de dévoiement. Après un sérieux examen, M. Dupuytren pensa que l'on avait affaire à un vaste abcès développé dans la fosse iliaque interne crurale gauche, s'étendant, par l'arcade crurale, à l'aine, à la partie postérieure de la cuisse, et autour du grand trochanter: il affirma que cette énorme collection purulente avait pour cause une affection rhumatismale aiguë; il pensa que si les os n'étaient pas affectés, les tendons, les aponévroses des muscles devaient l'être. Convenait-il d'abandonner ce malade,

et d'attendre que la nature ouvrît spontanément cet abcès? Dans ce cas, l'ulcération fait toujours des progrès, et la peau ne s'entr'ouvre que très tard, l'inflammation ne peut être évitée, et le malade est toujours victime. D'ailleurs, qui ne sait qu'en attendant ainsi, les kystes muqueux indiqués par Hunter, décrits par le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, sont plus organisés, et qu'il est très difficile, pour ne pas dire impossible, d'obtenir leur guérison. M. Dupuytren a dit depuis long-temps qu'il était plus convenable d'ouvrir par ponction ces vastes abcès. Plus tard, lorsqu'on a évité l'inflammation, on peut agrandir les incisions sans danger : c'est le parti qu'il a pris pour ce malade.

Le 4 août on pratique une ponction dans le lieu le plus déclive; elle est faite dans la région fessière, au moyen d'un bistouri très aigu, à lame longue, étroite. Lorsqu'il s'est écoulé seulement quelques gouttes de pus, on remplace le bistouri par une sonde de femme, et on obtient deux petits bassins de pus non fétide d'assez bonne nature. On a pesé le liquide, il y en avait deux livres et demie: on eût pu en retirer davantage, mais on n'a pas jugé convenable d'agir ainsi. On ferme l'ouverture en appliquant plusieurs emplâtres de diachylum.

Le 5, il ne s'est encore développé aucun accident; pas de frissons, de fièvre, de sueurs, de douleurs dans les foyers purulens.

Le 6, hier dans la soirée, pendant deux heures, le malade a eu du frisson et de la fièvre, des douleurs se sont fait sentir dans le foyer ouvert; il y a de la soif, pas de sommeil. Je recommande une diète rigoureuse. On fait tenir la cuisse demi-fléchie sur le bassin, on couvre la cuisse de résolutifs (Boissons délayantes, antispasmodiques).

Le 8, il n'y a plus de frisson ni de fièvre; mais il est survenu du dévoiement; il y a eu reproduction du pus, la tumeur est aussi volumineuse qu'avant la ponction; il est probable qu'avant peu on sera obligé d'en pratiquer une seconde.

Le 9, la tension du foyer est encore augmentée par la formation d'une énorme quantité de pus. On pratique la ponction; comme la première fois, on remplace le bistouri par une sonde de femme, et on obtient encore plus de deux livres de pus: il a un caractère qu'il n'avait pas; il est sanguinolent et un peu fétide; douleurs,

pas de fièvre, pas de dévoiement, pas de vomissemens; on ferme l'ouverture.

Le 10. Ce matin le malade dit qu'il a des douleurs dans tout le foyer et dans le côté gauche du ventre; le pus s'est reproduit: on l'évacue; il est toujours sanguinolent; il s'est développé beaucoup de fluides élastiques; on les reconnaît au bruit qu'ils font en parcourant la sonde. Cette circonstance, d'un assez mauvais augure, a décidé à agrandir l'ouverture au moyen du bistouri boutonné; les premiers accidens inflammatoires sont passés.

Le 12, il n'est pas survenu d'accidens, pas de redoublement de fièvre, de dévoiement. Le malade dort, et demande à manger; ses forces se soutiennent, la suppuration est abondante, et s'écoule facilement; cependant on augmente encore un peu l'ouverture pratiquée.

Le 16, l'état du malade est parfaitement bon; on compte sur le succès; le malade ne se plaint que d'éprouver quelques douleurs dans le foyer: c'est la moindre des choses. L'incision qui existe à la fesse laisse échapper la suppuration à mesure qu'elle se forme; on trouve seulement que les foyers de l'aine et de la fosse iliaque sont distendus par des fluides élastiques, ce qui est fâcheux, car il faut qu'il y ait décomposition putride: pour y remédier, on fait exercer plusieurs fois par jour de douces pressions.

Le 18, il n'y a rien de nouveau. C'est avec peine qu'on obtient l'évacuation des fluides élastiques. Dans la région crurale, la peau s'est amincie; il convient de pratiquer une contre-ouverture; on la fait avec toutes les précautions convenables pour éviter les nerfs et les vaisseaux: il s'écoule beaucoup de pus noir, altéré, et une grande quantité de gaz très fétides.

Le 19, il y a de la fièvre, mais pas encore de dévoiement; le malade se plaint de chaleur au sacrum; on trouve un commencement d'eschare; on panse convenablement; on accorde pour boisson de l'infusion de quinquina gommée.

Le 21, l'eschare au sacrum a fait de grands progrès; il s'en forme une seconde vers le grand trochanter droit; la fièvre est continue avec redoublement le soir; la face s'altère un peu; il y a eu deux selles la nuit. Les jours suivans, l'état du malade

change rapidement : la suppuration devient d'une horrible fétidité, la langue se sèche, la fièvre et le dévoiement augmentent. Le 23, le malade est toujours assoupi ; on ne peut l'exciter, le réveiller. Le 24, le matin, il y a un peu de délire, les extrémités sont froides, le pouls petit et lent ; Pascal meurt à huit heures du soir, après une courte agonie.

Autopsie cadavérique faite à l'amphithéâtre de la Clinique, 36 heures après la mort.

Habitude extérieure et appareil locomoteur. — Cadavre sans raideur, maigreur assez considérable, infiltration des membres inférieurs. Il existe à la partie supérieure de la cuisse gauche deux ouvertures, l'une du côté externe, en arrière du grand trochanter, large d'un pouce et demi, communique dans un vaste foyer qui ne paraît pas contenir beaucoup de pus, et dont les parois sont affaissées. Cette ouverture conduit dans une grande cavité qui ne contiendrait pas moins de deux litres de liquide ; cette cavité est située sous la peau et le muscle du fascia lata ; elle va en se rétrécissant, et passe entre le vaste externe et les muscles de la partie postérieure du fémur, le grand trochanter est dénudé, et carié superficiellement. L'autre ouverture est située sur le côté externe du trajet des vaisseaux fémoraux : elle a un pouce d'étendue, et conduit dans un foyer purulent, qui n'a pas plus des deux tiers de celui dont nous avons déjà parlé. Cette seconde poche est elle-même située sous les vaisseaux cruraux, sous le feuillet profond de l'aponévrose fascia lata. En dedans, en contournant le fémur, on se trouve conduit dans le grand abcès qui existait en arrière, en haut et du côté de l'abdomen ; on voit du pus venir de dessous l'arcade crurale, qui est dilatée. Il existe, en regard du sacrum, une large eschare, qui commençait à se détacher par sa circonférence. Il en existe une autre vers le grand trochanter droit.

Abdomen. — Lorsqu'on a enlevé les parois antérieures de la cavité, on remarque d'abord une assez grande quantité de sérosité épanchée dans le péritoine. On trouve à gauche une tumeur assez volumineuse, on détache le colon descendant et l'*S* iliaque, on ouvre la tumeur, on la trouve remplie de pus, de détritus, de fluides élastiques ; en bas, le pus s'écoule facilement sous l'arcade crurale ; en haut, la tumeur remonte au dessus du psoas, et forme un

cul-de-sac étroit. La majeure partie des muscles psoas et iliaque, est détruite ; les vaisseaux et les nerfs sont isolés, déplacés ; le nerf crural est tout entier en avant. La colonne vertébrale, examinée dans toute son étendue, est saine, les os du bassin ne sont pas altérés. La muqueuse gastro-intestinale a dans toute son étendue une teinte grisâtre uniforme, très foncée. Tous les organes contenus dans l'abdomen n'ont rien offert de remarquable.

II. *Dépendances.* — M. Velpeau a vu un exemple d'abcès dans le tissu cellulaire du bassin par suite de l'inflammation de la bourse muqueuse qui se trouve sous le tendon des muscles psoas-iliaque.

G. Abcès intra-pelviens se rattachant à une maladie des os ou des articulations.

Une fracture, une contusion des os du bassin, un écartement traumatique des symphyses, peuvent enflammer et faire suppurer le tissu cellulaire du bassin ; mais ces divers cas rentrent dans les *abcès intra-pelviens qui se rattachent à des lésions accidentelles*, dont il sera question plus bas. Il n'entre pas dans notre division de parler des abcès liés à une affection chronique des os.

H. Abcès intra-pelviens se rattachant à une inflammation idiopathique du tissu cellulaire.

Nous avons demandé aux organes pelviens et aux parties qui les renferment la raison des inflammations que subit le tissu cellulaire du bassin. Chose étrange ! nous l'avons vu s'enflammer pour le compte de tout ce qui l'entoure, et nous ne pouvons affirmer, si ce n'est *à priori*, qu'il s'enflamme pour le sien propre. C'est que, pathologiquement, il disparaît au milieu des influences qu'il reçoit de toutes parts.

I. Abcès intra-pelviens se rattachant à des lésions accidentelles et chirurgicales.

1° *Traumatisme accidentel. — Plaies d'armes à feu.*

Les plaies d'armes à feu du bassin sont *pénétrantes* ou *non pénétrantes*.

Plaies pénétrantes.—Un projectile, une balle, peut, pour ainsi dire, trépaner les os iliaques, le sacrum, ou bien perforer le périnée, et aller se déposer dans le tissu cellulaire du bassin, ou diviser un organe contenu dans cette cavité; cet organe (par exemple la vessie) pourra n'être entamé que sur un point, et la balle restera dans sa cavité, ou bien il sera traversé sur deux points, et la balle ira se ficher dans le tissu cellulaire environnant. Il peut encore arriver que le projectile perfore le bassin sur un point opposé à celui d'entrée, et qu'il s'échappe ainsi. Les abcès du bassin produits par un projectile sont de plusieurs sortes. — a. *Il n'y a pas pénétration de viscères*. Il se forme autour du corps étranger un abcès plus ou moins considérable, qui sera toujours grave, puisque la cause de l'inflammation sera difficilement éliminée par la nature, et parce qu'il serait le plus souvent très téméraire à nous d'aller à sa recherche. — b. *Il y a pénétration de viscères*. Le danger, dans ce cas, est en rapport, 1° avec le diamètre de l'ouverture faite à l'organe lésé; 2° avec l'état de plénitude ou de vacuité du viscère; 3° avec la nature des matières qu'il contient. Ainsi, le rectum et la matrice peuvent être vides quand la blessure a lieu. Pour ce qui est du rectum, le danger n'est qu'ajourné, et l'abcès, qui n'est d'abord que phlegmoneux, pourra devenir stercoral. M. Larrey cite des cas de blessure de la vessie par des balles, qui n'ont pas été mortels: le projectile fait une espèce de cautérisation qui empêche l'infiltration urineuse.

Le projectile peut sortir par le périnée après un abcès qu'on ouvre, ou qui s'ouvre spontanément, ou être élimi-

né par le rectum. Dupuytren exprime ainsi son opinion sur la conduite à suivre dans les cas de plaies pénétrantes du bassin par des balles : Quand le projectile a pénétré dans la cavité du bassin, et qu'il y est perdu, il n'y a aucune recherche à tenter, et l'on doit se borner aux ressources générales. Cependant, si une balle, après avoir percé l'os des îles, n'était pas allée trop loin dans le bassin, qu'elle se fût fixée dans le tissu cellulaire du péritoine, ou dans les muscles psoas et iliaque, et qu'il fût possible de la reconnaître avec le doigt ou la sonde, on pourrait chercher à l'extraire : il faudrait augmenter l'ouverture par quelqu'un des moyens connus, et même trépaner l'os, si le siége de la balle ne correspondait point à cette ouverture (*Blessures par armes de guerre*, tome II).

L'extraction de la balle, nous le croyons, diminuerait la gravité de l'abcès, l'empêcherait de s'étendre, et surtout de se perpétuer, comme cela arrive dans certains cas. Mais cette opération n'empêcherait pas, d'une manière absolue, l'abcès de se former. Nous sommes cependant de l'avis de Dupuytren, et nous adopterions cette opération : 1° quand elle n'offrirait pas de grandes difficultés ; 2° surtout quand on pourrait agir immédiatement après la blessure. Mais si un ou plusieurs jours s'étaient écoulés, nous préférerions attendre la détente inflammatoire.

Toutes les fois qu'il s'agit de pénétrer dans une cavité de l'économie pour enlever une cause de désordre, il faut craindre que les moyens ne soient plus dangereux que cette cause elle-même. Dans l'espèce, c'est par une blessure qu'on veut guérir les effets d'une blessure : il faut donc être très circonspect. Quand la balle reste dans la vessie, il est souvent plus rationnel de pratiquer l'opération de la taille,

que d'aller à sa recherche par l'ouverture du projectile.

Plaies non pénétrantes. — En général, dans cette variété, l'abcès dépend de ce que les os ont été atteints. Une contusion forte, un éclat, une félure, une entamure des os iliaques ou du sacrum peuvent y donner lieu immédiatement par l'inflammation, ou médiatement par la nécrose.

Quand la balle est enclavée dans les os du bassin, il faut procéder à son extraction ; mais on devrait prendre garde de se servir du tire-fond, qui pourrait pousser la balle du côté du bassin, et donner lieu à la fracture de la table interne, ce qui créerait une chance de plus pour l'abcès intra-pelvien. M. Jobert parle d'un chirurgien prussien qui, par des efforts peu ménagés, fit tomber la balle dans la cavité pelvienne.

Écrasement du bassin. — Il peut être dû à un boulet ou à une lourde voiture. Cette lésion est grave, parce que les inflammations qui s'ensuivent sont plus ou moins avec étranglement ; elle l'est bien autrement, si la puissance, après avoir vaincu la résistance des os, agit sur les organes contenus dans le bassin. Alors ces organes sont dilacérés par les fragmens d'os enfoncés : d'où des désordres considérables, et des abcès qui ne sont jamais simples, puisqu'ils se compliquent de corps étrangers, qui sont d'abord les esquilles osseuses, puis l'urine, les matières stercorales, et les débris de l'œuf chez la femme enceinte.

Il suffit quelquefois d'une simple contusion pour déterminer un abcès intra-pelvien. En voici deux exemples.

72e Obs. — *Abcès de la fosse iliaque gauche chez un homme, après une forte contusion ; ouverture par le bistouri ; guérison* (1).

Un grenadier se heurta vivement la région iliaque gauche

(1) Bourrienne (*Journal de méd.*, 1775).

contre le bout du manche d'une bèche. Il éprouva sur le moment une douleur des plus vives. Il fut quelques jours sans pouvoir marcher. Les douleurs s'apaisèrent au moyen d'une compresse imbibée de vin. Pendant quelque temps, il ne fit pas attention aux légères douleurs qu'il éprouvait; mais elles devinrent très vives, et des applications émollientes furent faites sans succès. Il entra à l'hôpital. On trouve la région iliaque gauche beaucoup plus tendue, et même plus saillante que la droite. (Deux saignées le jour de l'entrée; diète; cataplasme.)

Comme les douleurs devenaient pongitives dans l'endroit où le coup avait été reçu, et qu'il y paraissait un peu de dureté, la saignée fut réitérée (Boissons et lavemens émolliens; cataplasmes, et bains pendant plusieurs jours). La douleur devint toujours plus vive et plus profonde. Ventre généralement tendu, urines difficilement rendues. Au bout de quelques jours le ventre est moins gonflé et moins douloureux en général; mais les douleurs du point frappé sont aussi intenses. Le dixième jour, les douleurs sont moins vives, et semblent vouloir se fixer à l'endroit qui a paru le plus élevé les premiers jours. Au douzième jour les douleurs générales du ventre sont dissipées; il n'y en a qu'au point frappé, mais elles sont profondes. La petite tumeur a disparu, les tégumens se trouvent dans l'état naturel. Bouche mauvaise; envies de vomir (Eau émétisée qui amène beaucoup d'évacuations).

La douleur persiste dans la région iliaque, avec pesanteur dans cet endroit; frissonnemens et engourdissemens dans la cuisse du même côté. On cherche en vain la fluctuation, les doigts ne sentent qu'un frémissement. Incision à trois travers de doigt au-dessus de l'anneau et à la même distance de la ligne blanche. On incise assez profondément avec le bistouri, sans parvenir à l'abcès; étant sûr, d'après les accidens précédens, qu'il y avait du pus, le doigt servit de guide pour l'inciser, en portant la pointe et le tranchant de l'instrument du côté de la crête de l'os des îles. On parvint au foyer; il en sortit une livre et demie de pus: il était blanc, consistant, et commençait à avoir une odeur fétide. On coucha le malade de manière à favoriser l'issue du pus. Comme il ne sortait pas, le doigt fut introduit

dans le foyer sous le muscle psoas, et on trouva tout le tissu cellulaire détruit entièrement (Injections d'orge et miel rosat; mèches de linge). A chaque pansement, il sortait beaucoup de pus de bonne qualité. De temps en temps il y eut quelques mouvemens fébriles; il y eut de la constipation, combattue par les lavemens et le semen-contra, qui chassèrent plusieurs vers. Les chairs devinrent mollasses, fongueuses, les bords de l'ulcère blanchâtres; suppuration tantôt séreuse ou sanguinolente (Injections de quinquina). Pendant une nuit, douleurs de ventre vives; le lendemain, le testicule et le cordon sont gonflés, infiltrés, douloureux; suppuration moins abondante (Cataplasme sur le scrotum). Les douleurs cessèrent bientôt; le gonflement du testicule disparut au bout de douze jours; la suppuration de l'ulcère devint plus abondante, mais louable, et la cicatrisation fut complète vers le quatrième mois après le début du mal. Il restait de l'engourdissement de la cuisse, qui fut guéri par l'emploi des eaux de Digne.

73[e] OBS.— *Abcès de la fosse iliaque droite chez un homme, à la suite d'un contusion, ouvert par le bistouri; guérison* (1).

Un soldat entra à l'hôpital éprouvant des douleurs dans toute l'étendue de la partie antérieure du bas-ventre. Il avait voulu charger une caisse pesante sur son épaule: n'ayant pu y parvenir, la caisse glissa sur la poitrine: il avança le ventre pour la retenir, mais un des angles de la caisse appuya fortement sur la région iliaque droite. Sur le moment, il éprouva plus d'engourdissement que de douleur vive. Ce fut au troisième jour qu'elle se fit sentir; il commença par éprouver beaucoup de difficulté pour marcher, et entra à l'hôpital. On n'aperçut ni gonflement ni grosseur dans la partie antérieure du bas-ventre. Seulement, quand on appuyait les doigts un peu fortement auprès de la crête supérieure de l'os des îles, les douleurs se faisaient sentir plus vivement. Les anneaux et les arcades crurales parurent dans l'état naturel (Deux saignées en vingt-quatre heures, diète; embrocations émollientes sur le ventre, lavemens). Pendant trois jours on

(1) *Ibid.*

continue ce traitement. Les douleurs n'étaient point fortes; elles s'étaient en quelque façon réunies du côté de la région iliaque droite, et elles n'augmentaient que lorsqu'on touchait la partie. Le 6e jour un peu de diarrhée (Purgation avec la manne; puis décoction blanche). Le 7e jour, gonflement à trois travers de doigt au-dessus de l'anneau du côté droit, sans dureté ni changement de couleur à la peau; pas de fluctuation (Emplâtre de diachylum gommé, cataplasmes émolliens). Pas de changement pendant les trois jours suivans : seulement l'endroit gonflé est douloureux au toucher. Le 10e jour de la maladie il y a moins de gonflement, mais un peu d'œdème; pas de fluctuation appréciable. Néanmoins on soupçonne l'existence du pus, et on opère en prenant les mêmes précautions que dans la hernie. Incision à trois travers de doigt de la ligne blanche, et à quatre au-dessus de l'anneau; on divise successivement la peau, les aponévroses et les muscles; arrivé au transverse, on reconnut quelque chose qui frémissait sous le doigt. Après l'incision de ce muscle, la matière sortit en grande quantité, et l'ouverture allongée en haut et en bas, avait trois travers de doigt de long. Le pus sortait abondamment quand on pressait du côté de la région lombaire. La matière avait de la consistance, point de mauvaise odeur; il y en avait environ quinze onces (Pansement simple avec des bandelettes de linge et un plumasseau sec). Le malade fut soulagé comme si on lui avait enlevé un grand poids du bas-ventre. Au second pansement il sort beaucoup de pus, et beaucoup moins les jours suivans, et presque plus au cinquième jour de l'opération. Pas de fièvre; on supprime l'injection d'orge avec le miel rosat, employée les premiers jours. Pansement simple. Guérison solide trois semaines après l'opération.

Dans le cas suivant, l'abcès fut la suite d'un choc de l'une des articulations sacro-iliaques.

75e Obs.—*Suppuration dans la synarthrose sacro-iliaque, suite de chute* (1).

Un jeune homme robuste, de dix-neuf ans, étant chargé d'un fardeau sur l'épaule gauche, broncha en descendant un escalier,

(1) Journal de médecine, 1772.

et tomba perpendiculairement du premier sur le second degré, de façon que le poids du corps et du fardeau, multiplié par la vitesse de la chute, s'appesantit sur l'extrémité inférieure gauche, avancée sur ce degré. Il sentit à l'instant la violence du contre-coup dans la symphyse sacro-iliaque du même côté. Les accidens qui survinrent, l'obligèrent de garder le lit pendant plusieurs semaines. Après quelques soulagemens, il se remit au travail, mais celui-ci fit renaître la douleur. Il lui survint, deux mois après, un dépôt sur la partie du moyen fessier, que le grand ne recouvre point, et qui devint, par la suite, aussi volumineux que la voûte du crâne. On fit une large ouverture : il fournit un pus bien conditionné, et qui tirait sa source de l'articulation susdite, par le moyen d'un sinus pratiqué entre les deux premiers fessiers. Le blessé mourut le seizième jour de l'opération, après avoir essuyé les accidens des deux malades précédens. Les cartilages et ligamens de l'articulation lésée étaient détruits, les os cariés et écartés. Il partait, de la circonférence de ces parties, des fusées purulentes, dont les unes allaient dans le bassin, où elles avaient produit des désordres consécutifs.

2° *Traumatisme chirurgical.* — La région pelvienne dans sa plus grande étendue, est le théâtre d'opérations chirurgicales très importantes.

Opérations extra-pelviennes. — Ce sont celles qui n'atteignent pas le tissu cellulaire de l'intérieur du bassin, comme les opérations de la boutonnière et de la fistule à l'anus.

Tailles uréthrales. — Ce sont *des boutonnières* faites à l'urèthre. A ces tailles, on peut rapporter ce qu'on appelle *le grand appareil*, qui consiste surtout à ouvrir l'urèthre, à dilater sa portion prostatique, quelquefois le col de la vessie, pour extraire des calculs de cette cavité.

Tailles prostatiques. — Ici, non-seulement il y a incision de l'urèthre, mais incision de la prostate. C'est donc une

opération moins extra-pelvienne que la précédente, mais qui cependant n'est pas encore pénétrante, si toutefois l'incision ne dépasse pas les limites de la base de la glande.

Opérations pratiquées sur l'extrémité du rectum et sur l'anus. — Ces opérations, quand elles ne dépassent pas la limite supérieure de l'excavation ischio-rectale, peuvent être considérées comme extra-pelviennes. Ainsi, l'opération qui est pratiquée dans les cas d'imperforation de l'anus et même pour l'absence d'une petite portion du rectum, est extra-pelvienne; il en est de même de l'opération de la fissure à l'anus, de celle qu'on pratique pour le prolapsus anal, pour l'extirpation des hémorrhoïdes, pour l'ablation du cancer du rectum, quand la maladie est très bornée.

Dans ces opérations l'action ne se passe pas directement sur le tissu cellulaire intra-pelvien. Mais on remarquera que le tissu cellulaire extérieur au bassin n'est pas complétement isolé de celui de l'intérieur. Ces deux atmosphères celluleuses, comme dirait Bichat, ont des courans qui les mettent en rapport. Les aponévroses sont percées, les os sont échancrés, et par ces trous, par ces échancrures, passent des vaisseaux, des gaines celluleuses, moyens excellens de communication organique, moyens perfides d'importation pathologique. Si l'opération extra-pelvienne a été longue, difficile, elle peut faire éclater une inflammation assez vive, assez persistante, pour retentir dans l'atmosphère intérieure.

Les chirurgiens qui pratiquaient ce qu'on appelle le *grand appareil*, c'est-à-dire qui croyaient se borner à diviser l'urèthre, à faire, par conséquent, une taille simplement uréthrale, opéraient plus souvent qu'on ne pense des solutions de continuité de la prostate et de la vessie elle-même,

et faisaient ainsi des opérations appartenant à la catégorie que nous examinerons tout-à-l'heure.

Il en est de même de quelques modernes, qui pratiquent encore la taille dite latéralisée, par le procédé de Frère Come. Ces tailles, d'abord uréthrales ou prostatiques, deviennent vésicales, c'est-à-dire intra-pelviennes, dans les cas de calculs volumineux.

Les diamètres de l'ouverture faite à la prostate n'étant pas en rapport avec les diamètres du corps étranger, celui-ci fait ce que l'instrument n'a pas fait. Fortement saisie et violemment attirée au dehors, la pierre cause des déchirures profondes. Or, ces déchirures, mieux que les incisions profondes, sont de nature à produire des abcès intra-pelviens.

Opérations intra-pelviennes. — Dans ces opérations il y a toujours un temps qui consiste à attaquer le tissu cellulaire intra-pelvien. Si cette trame organique n'était que simplement divisée, l'inflammation pourrait rester dans les bornes de celle qui est dite adhésive. Mais, souvent, les mailles de ce tissu sont écartées, déchirées, contuses. En effet, à l'action de l'instrument tranchant se joint l'action des doigts, quelquefois de la sonde cannelée, ou d'un autre instrument accessoire.

Il faut distinguer, parmi les opérations intra-pelviennes, celles qui ont pour but d'ouvrir un organe contenant des matières irritantes, et celles qui laissent ces organes dans leur intégrité.

Opérations intra-pelviennes qui n'ouvrent aucun organe contenu dans le bassin. — Parmi ces opérations on notera : la ligature des artères du bassin, le débridement des hernies inguinale et crurale, l'extirpation de certaines tumeurs, la symphyséotomie, la trépanation des os iliaques. Ici le phleg-

mon ne peut être déterminé que par l'action du bistouri, les tractions, les déchirures du tissu cellulaire, ou par les fils des ligatures laissés dans la plaie. On comprend que l'inflammation, dans ces cas, doit être, toutes choses égales, moins facile et moins grave que dans ceux qui nous occuperont en dernier lieu.

D'ailleurs, les abcès qui peuvent survenir sont dans des conditions favorables à l'élimination du pus, car la plupart appartiennent au bassin supérieur, et le foyer peut plus facilement être mis en rapport avec la plaie de l'opération. Il faut excepter cependant les opérations qui consistent à écarter les os qui composent le bassin, ou à diviser ces os. Ces opérations sont essentiellement graves.

Opérations intra-pelviennes qui ouvrent un organe contenu dans le bassin. — Ces opérations portent sur l'appareil urinaire et génital ou sur la fin de l'appareil digestif; elles les ouvrent en les attaquant de dehors en dedans ou de dedans en dehors.

Opérations intra-pelviennes qui attaquent les organes de dehors en dedans.—Les opérations destinées à ouvrir la vessie sont la ponction et les diverses espèces de taille qui, soit par préméditation, soit par accident, arrivent jusqu'au corps de la vessie; ces deux opérations représentent les plaies par instrument piquant et tranchant. Une fois la vessie ouverte, l'urine est en contact avec le tissu cellulaire. Cette circonstance est plus que suffisante pour la production de l'abcès, quoiqu'il ne se produise pas toujours. La suppuration sera immanquable, s'il s'y joint des déchirures du tissu cellulaire, des dilacérations de la vessie et de la prostate. Alors l'infiltration urineuse n'est pas même nécessaire pour qu'il se développe des abcès. L'opérateur est donc averti

qu'il expose son malade aux abcès intra-pelviens par les manœuvres qui consistent à aller, avec les doigts, à la recherche de la vessie, quand une fois il a incisé les parois abdominales, dans la méthode hypogastrique. La crainte de trop se rapprocher du péritoine fait qu'on cherche à ouvrir la vessie le plus bas possible. On décolle cet organe du pubis et on creuse une poche dans laquelle l'urine séjourne. En ouvrant ainsi la vessie très bas, il arrive qu'une opération qui pourrait se passer, presque en entier, au-dessus du petit bassin, devient une opération du petit bassin lui-même.

L'opération césarienne hypogastrique doit être rangée dans la catégorie des opérations intra-pelviennes graves. Il est vrai que la péritonite joue alors un plus grand rôle que les abcès intra-pelviens, mais ceux-ci n'en constituent pas moins un des accidens le plus à redouter. En effet, les lochies représentent ici les urines. Il y a aussi des cas dans lesquels, même après une incision assez grande, surgissent des difficultés pour extraire le fœtus, d'où des tractions plus ou moins violentes qui peuvent être comparées, par les accidens auxquels elles donnent lieu, aux manœuvres que nécessite l'extraction d'un calcul volumineux.

Les opérations qui ouvrent la fin du canal intestinal, sont surtout celles dont le but est de suppléer une partie absente de l'intestin, ou celles que l'on pratique pour établir un anus artificiel.

On sait tous les accidens qui suivent les opérations destinées au rétablissement d'une partie du rectum; ces dangers viennent surtout de ce qu'on opère dans le tissu cellulaire intra-pelvien. Le premier temps de ces opérations peut se passer à la partie postérieure du périnée, au lieu et place

de l'anus normal, ou dans la région iliaque. Dans les deux cas, on entame le tissu cellulaire du bassin avant d'ouvrir l'intestin, et, après cette ouverture, le premier tissu qui est en contact avec les matières fécales, c'est ce tissu cellulaire. Voici donc deux causes d'inflammation phlegmoneuse : 1° l'action de l'instrument et celle du doigt, qui est obligé de déchirer ce tissu, de le décoller; 2° l'action des matières fécales. Ce sont ces circonstances qui ont fait hésiter à ouvrir ainsi un anus artificiel, et qui ont fait préférer, dans quelques cas, la méthode de Littre.

Opérations intra-pelviennes qui attaquent les organes de dedans en dehors. — Dans les opérations que nous venons de passer en revue, on a vu l'instrument agir sur le bassin, en procédant de dehors en dedans, comme presque tous les agens vulnéraux. C'était le traumatisme concentrique. Jetons un coup-d'œil rapide sur le traumatisme agissant en sens inverse, le traumatisme excentrique. Les opérations auxquelles nous voulons faire allusion sont celles qui sont employées pour débarrasser les organes contenus dans le bassin, des matières qui ne peuvent y séjourner plus longtemps sans danger : les calculs vésicaux, l'urine dans les cas de rétention, les fèces endurcies, etc. Par l'inflammation des organes, due à ces corps étrangers, le phlegmon du bassin peut avoir lieu ; à plus forte raison quand ces organes sont ulcérés ou divisés, et que le corps étranger se met en contact avec le tissu cellulaire. Rien de plus fâcheux que la solution de continuité de la vessie par un cathétérisme inhabile. Ici la solution de continuité de la vessie est bien plus grave que celle appelée par nous concentrique ; car, dans celle-ci, la plaie faite aux tissus qui vont de la peau au réservoir peut éconduire l'urine, tandis que la so-

lution de continuité du cathétérisme (comme celle qui est produite par les fausses manœuvres de la lithotritie) ouvre une voie à l'urine pour la faire entrer dans le tissu cellulaire, et n'ouvre pas en même temps une issue à ce liquide, comme certaines opérations de taille.

Le rectum et la matrice s'ouvrant plus directement et plus largement que la vessie à l'extérieur, on peut plus facilement placer les malades dans les conditions de ceux qui ont, avec une plaie intérieure, une plaie extérieure. Cette considération fait ressortir immédiatement les avantages des débridemens des ouvertures faites autour du bassin, toutes les fois qu'on a des raisons suffisantes pour croire à un épanchement quelconque dans le tissu cellulaire intra-pelvien. En général, on peut dire qu'à l'égard des épanchemens intra-pelviens on se montre trop méticuleux. Ici la chirurgie reste trop souvent désarmée devant des lésions qu'elle pourrait rendre moins souvent mortelles avec plus d'audace.

TUMEUR FIBREUSE DE LA PAROTIDE du poids de 1750 grammes (3 livres 1/2).

Par le Dr Vanzetti, professeur de chirurgie clinique à l'Université impériale de Kharcoff (Russie), membre honoraire de la Société anatomique de Paris, de la Société médico-physique de Moscou, etc.

Dans les cinq dernières années, nous avons eu à notre Clinique trois cas de tumeurs fibreuses de la parotide, et chaque fois l'affection se trouvait au côté droit.

Le premier sujet qui portait cette affection était un paysan de trente-deux ans, qui commença à l'âge de vingt-quatre ans à s'apercevoir de la présence de la tumeur. Quatre ans plus tard elle avait déjà acquis le volume du poing, et le ma-

lade y fit appliquer des caustiques pour s'en débarrasser : cela cependant n'eut pas l'effet qu'il en attendait, car, après l'avoir fait beaucoup souffrir, la plaie se forma, laissant une cicatrice que l'on voyait encore. C'est probablement par l'effet du caustique que cette tumeur présentait une forme assez curieuse : elle avait l'aspect d'un grand disque aplati, qui ressemblait remarquablement à une galette appliquée au côté droit de la face, de manière à cacher d'un côté l'oreille, et de l'autre côté, la moitié de la joue. La partie de la base à laquelle la tumeur adhérait était beaucoup moins large que sa circonférence ; aussi une plaie de peu d'étendue suffit-elle pour en faire l'ablation.

Le second sujet était un paysan de vingt-cinq ans, qui nous dit qu'à l'âge de treize ans il avait pour la première fois remarqué une petite tumeur au-dessous du lobule de l'oreille, et qu'à dix-huit ans, la tumeur étant déjà fort apparente, car elle avait dépassé la grosseur d'une noix, il la fit extirper par un maréchal du village, qui se prépara à l'opération avec trois verres d'eau-de-vie.

Peu de jours après cette opération, la partie vulnérée se tuméfia considérablement. La plaie donna beaucoup de pus pendant sept semaines, et ne se cicatrisa qu'après l'emploi de l'eau blanche. Mais dès-lors la tumeur primitive augmenta de volume plus rapidement qu'auparavant, et comme elle continuait à croître toujours, il se décida à venir à la Clinique, en exprimant le désir de se la faire extirper.

Cette tumeur aussi présentait à sa surface une cicatrice, suite de la tentative d'extirpation qu'on avait faite six ans auparavant ; la tumeur même avait une forme assez régulièrement *triangulaire*, sa base en haut et son sommet en bas sur l'angle de la mâchoire.

L'extirpation de la tumeur, chez l'un comme chez l'autre de ces malades, fut suivie d'une prompte guérison.

Sans offrir rien de bien remarquable, cependant, chez le second malade, qui voulut sortir à notre regret dès le douzième jour après l'opération, la plaie, tout étant cicatrisée, offrait à son extrémité inférieure, derrière l'angle de la mâchoire, une petite ouverture par laquelle suintait de la sérosité, lorsque le malade mastiquait. Craignant qu'une fistule salivaire ne s'établît, nous fîmes tous nos efforts pour engager le malade à rester à la Clinique jusqu'à sa parfaite guérison ; mais ayant une occasion pour se rendre à son village, il voulut en profiter et il nous quitta le 8 novembre. Le 8 mars de l'année suivante (1842), le malade, venu de la campagne en ville, fut par hasard rencontré par un de nos élèves, qui, ayant soigneusement examiné la plaie, nous dit n'y avoir trouvé aucune trace de fistule salivaire.

Le cas du troisième sujet présentait plus d'intérêt, soit à cause du grand volume de la tumeur qui était de trois livres et demie, soit à cause des changemens que sa présence fit subir à la mâchoire inférieure, soit enfin parce que la guérison fut très rapide, la plaie s'étant complétement cicatrisée par première intention. Nous allons exposer ce cas plus en détail.

Randion Romanseenco, paysan, âgé de quarante ans, d'une bonne constitution, fut reçu à la Clinique le 1er février 1843. Dans sa vingt-troisième année, il s'aperçut d'une petite grosseur derrière l'angle de la mâchoire du côté droit : lorsque la tumeur eut acquis le volume d'un œuf, il y appliqua, pour la faire disparaître, d'après le conseil d'une vieille femme, des cataplasmes composés de cendre d'un bois particulier. La tumeur continuant toujours à augmen-

ter, acquit dans l'espace de dix-huit ans le volume actuel. Très gêné par son grand poids, et par son volume, auxquels il attribuait la surdité dont il était affecté de ce côté, cet homme se décida à se faire recevoir à la Clinique. La tumeur présente à-peu-près la forme d'une pyramide *triangulaire*, dont le côté supérieur de sa base commence à la distance du petit doigt de l'angle de la bouche, passe au-dessous du méat auditif, et va finir à la région occipitale, deux pouces au-delà du méat. Le côté postérieur descend de la région occipitale sur le côté du cou, et finit à-peu-près sur la moitié du muscle sterno-mastoïdien; enfin, le troisième côté part de ce même point pour finir à l'angle de la bouche, passant au-devant de la moitié du corps de la mâchoire. La grande circonférence de la tumeur est de vingt-deux pouces, et sa hauteur de dix; sa surface présente de grandes bosselures; la tumeur s'insinue par une de ses tubérosités au-dessous de l'angle et du corps de la mâchoire, sans qu'on puisse reconnaître sa profondeur; la peau dont la tumeur est couverte est saine, plus mobile à sa surface qu'à son sommet, d'une couleur plus foncée sur la surface postérieure que sur l'antérieure; la tumeur, à cause de son poids, penche un peu en bas, et son sommet va presque toucher le sommet de l'épaule; tout en étant mobile, elle est cependant assez solidement fixée aux parties sur lesquelles elle repose: le lobule de l'oreille est entraîné sur la surface de la tumeur; le méat auditif est rétréci; la consistance de la tumeur étant très dure, elle n'a jamais causé de douleurs, caractère qui, avec tous les autres qui l'accompagnaient, faisait de prime abord reconnaître sa nature fibreuse.

L'extirpation de cette tumeur eut lieu de la manière suivante: On cerna, par une incision semi-elliptique, un petit

lambeau qui comprenait à son centre le lobule de l'oreille, et on le rejeta vers cet organe, auquel il était adhérent; puis on fit une incision verticale le long de toute la surface antérieure de la tumeur, et qui, en contournant sa partie inférieure, s'étendit jusqu'à quatre travers de doigt de l'insertion du muscle sterno-mastoïdien. On pratiqua une autre incision transversale, qui, commençant à un pouce de l'angle de la bouche, s'étendit, en croisant la précédente, jusqu'au-delà de l'extrémité occipitale de la tumeur. Les lambeaux furent disséqués et réfléchis, mais on s'arrangea de manière à conserver toute la peau, contrairement à la pratique ordinaire, nous réservant de retrancher plus tard juste ce dont nous n'aurions pas besoin; on disséqua la tumeur de haut en bas, mais on trouva qu'elle était implantée dans la région parotidienne par un prolongement qui était de bien supérieur aux limites naturelles de cette région. C'était une des grandes tubérosités enchatonnée à une profondeur qu'on ne pouvait d'abord calculer entre l'angle de la mâchoire, le conduit auditif et l'apophyse mastoïde, et cette tubérosité embrassait l'angle de la mâchoire pour s'épanouir sur sa surface interne.

L'énucléation de cette grande tubérosité ne présenta pas autant de difficulté qu'on aurait pu se l'imaginer : ayant bien fendu la coque aponévrotique très ferme qui la retenait enclavée dans les limites sus-mentionnées, on put, par des tractions fortes, mais prudentes, exercées d'arrière en avant avec deux doigts introduits sous l'aponévrose, et aidées de quelques coups de bistouri, l'arracher, pour ainsi dire, de la cavité qu'elle occupait. Ayant une fois surmonté cet obstacle, le reste de la dissection fut facile; on ne fit la ligature d'aucun vaisseau.

Après cette extirpation, il resta une grande plaie à la partie supérieure de laquelle on voyait une cavité parfaitement sphérique, capable d'admettre le poing, et tapissée d'une membrane aponévrotique. On voyait sur la limite interne de cet enfoncement la veine jugulaire interne; sur la limite inférieure, tout le ventre postérieur du muscle digastrique; et sur la limite externe, le sterno-mastoïdien. Sans la voir, on pouvait toucher dans la profondeur de la cavité l'apophyse styloïde. On vit en outre que l'angle de la mâchoire empiétait fortement sur le corps de cet os, en formant avec lui un angle très obtus, de sorte que la distance de cet angle à la symphyse était d'un pouce plus courte que celle de l'angle du côté opposé. Cette circonstance fit concevoir comment une si grande tubérosité avait pu se loger dans la région parotidienne. Il faut noter d'ailleurs que l'avancement de l'angle de la mâchoire ne dépendait pas d'un déplacement de tout le corps, qui aurait altéré les rapports restés intacts de l'arcade dentaire inférieure avec la supérieure, mais qu'il dépendait d'une absorption interstitielle qui portait sur la partie de la mâchoire qui était en contact avec la tumeur. La plaie était très étendue, car nous avions, comme nous l'avons dit, cinq lambeaux beaucoup plus grands qu'il ne fallait. Dès-lors, après avoir fait entrer dans l'enfoncement le lambeau auriculaire, et ce qu'il fallait des deux autres lambeaux supérieurs pour en tapisser exactement les parois, nous appliquâmes sur le reste de la plaie les deux autres lambeaux, ce qui nous permit d'en retrancher juste le superflu : trente-deux points de suture furent pratiqués, puis l'excavation ayant été de nouveau tapissée par la peau, nous la remplîmes de gâteaux de ouate sèche, et nous en appliquâmes aussi sur le reste de la ré-

gion : le tout fut maintenu par un bandage approprié, et on fit au malade la recommandation de se coucher constamment sur le côté malade, espérant que la compression favoriserait l'adhésion.

Sa réaction fut presque nulle, et le quatrième jour, lorsque nous levâmes l'appareil, nous trouvâmes la plaie cicatrisée dans toute son étendue. On retira donc les sutures : le côté droit de la face était un peu œdématié ; il y avait un peu de paralysie musculaire, qui cependant ne s'étendait pas aux paupières ; le malade accusait aussi quelques douleurs insignifiantes en avalant. L'appareil fut renouvelé pendant une huitaine de jours encore, et le vingtième jour le malade sortit de la clinique conservant encore une légère paralysie faciale.

REVUE CHIRURGICALE.

Tumeur cancéreuse affectant l'S iliaque du colon ; ablation de la tumeur et d'une partie de l'intestin ; réunion directe et immédiate des deux bouts de cet organe ; guérison, par M. Reybard, de Lyon.

Cette observation a été soumise à une commission académique dont M. Jobert était le rapporteur. Nous avons ajourné la publication du travail de M. Reybard pour avoir l'opinion du savant rapporteur, et pour pouvoir exposer les nouvelles expériences que devait faire l'auteur en présence des commissaires. Voici donc l'analyse de l'observation, le procédé opératoire, et les expériences, d'après M. Jobert (de Lamballe).

Analyse de l'observation. Le 8 avril 1833, M. le docteur Reybard fut appelé auprès d'un homme âgé de 28 ans, qui souffrait depuis plusieurs années ; le mal avait surtout pris de l'accroissement pendant les six mois qui précédèrent l'opération.

Les symptômes principaux consistaient en coliques vives et répétées, accompagnées de quelques douleurs lancinantes dans la région hypogastrique du côté gauche, qui donnaient lieu à un malaise continuel, lequel augmentait chaque jour.

Quand M. Reybard l'examina pour la première fois, il nota ces différens signes, et, de plus, reconnut par l'inspection que le ventre avait un volume énorme qui simulait exactement au premier abord une abondante hydropisie. Par la palpation, on distinguait dans la fosse iliaque gauche une tumeur dure, grosse comme une pomme ordinaire, profondément située, et paraissant mobile sous les doigts, et non adhérente aux parois abdominales. Le développement du ventre était dû à des gaz, et on pouvait suivre le trajet du colon, qui se dessinait sous la peau et se faisait sentir plus distinctement que dans l'état normal. Le malade avait des éructations, et pourtant son appétit était conservé. Les selles étaient rares, et aucun gaz ne s'échappait par l'anus. Mais il en sortait habituellement une matière sanguinolente, puriforme, dont l'émission donnait lieu à de fréquens ténesmes.

Les lavemens émolliens, quoique donnés en petite quantité, étaient difficilement supportés.

Le toucher par le rectum ne faisait reconnaître aucune tumeur accessible à l'examen direct.

Le malade avait maigri, et depuis quelque temps il avait tous les jours du frisson, et les nuits se passaient sans sommeil. Ces derniers symptômes s'étaient surtout accrus depuis trois mois, époque où, dit l'auteur de l'observation, la tumeur s'était convertie en un abcès qui avait été annoncé par une évacuation de pus, à la suite de laquelle la douleur locale avait sensiblement diminué.

M. Reybard, se fondant sur les résultats de la palpation, et éclairé par les symptômes rationnels, en conclut qu'il y avait dans ce point une tumeur carcinomateuse, et qu'elle occupait évidemment l'S iliaque du colon.

Persuadé de l'incurabilité du mal si on l'abandonnait à lui-même, il se décida à pratiquer une opération, et ce fut le 2 mai qu'il y procéda de la manière suivante:

Le malade étant couché sur le dos, M. Reybard fait au-dessus

de l'épine iliaque antérieure et supérieure, parallèlement à la crête, et à un pouce d'elle, une incision de 6 pouces, qui divise les tissus couche par couche : des ligatures placées sur les vaisseaux arrêtent le sang aussitôt qu'il s'échappe.

Le péritoine est ouvert avec précaution dans l'étendue de 3 pouces environ.

La tumeur, quoique avec beaucoup de difficulté, est amenée au dehors ; deux ligatures embrassant entre elles une assez grande étendue du mésocolon sont placées pour prévenir une hémorrhagie.

L'intestin est enlevé avec un bistouri dans l'étendue d'environ 3 pouces, et le mésocolon est coupé avec les ciseaux. On lie les artères qui longent l'intestin, et les fils sont conservés longs afin d'être introduits dans la cavité du tube digestif. Avant de commencer la suture, M. Reybard prépare deux aiguilles chargées d'un fil de soie fin et double ; une de ces aiguilles porte, en guise de nœud, un petit rouleau de charpie du volume de la tête d'une épingle : toutes deux sont graissées de cérat.

« Lorsque, dit M. Reybard, j'eus mis en rapport les deux bouts de l'intestin, je les attachai ensemble, près de leur bord mésentérique, avec le fil de la première aiguillée que j'arrêtai par un double nœud. C'est là que la suture à surjet commença. Je prolongeai ensuite celle-ci jusqu'au milieu de la solution de continuité, avec la précaution d'en serrer et d'en rapprocher beaucoup les spirales. Je coupai ensuite le fil à 7 ou 8 lignes de l'intestin ; puis je l'arrêtai, non point en faisant un nœud comme on termine une couture, mais en l'entraînant, c'est-à-dire en le comprenant dans les nouveaux points de suture que je pratiquai avec la deuxième aiguillée de fil dont je me servis pour terminer l'opération.

« Lorsque celle-ci fut achevée, c'est-à-dire lorsqu'elle fut poussée de nouveau jusqu'au bord mésentérique de l'intestin, j'arrêtai le fil en nouant ensemble, par un double nœud, les deux brins dont se compose l'aiguillée ; toutefois, après les avoir redoublés, et traversé avec l'un d'eux une des lèvres de la plaie, je n'embrassai à dessein, pour arrêter ce fil, que le côté péritonéal de cette lèvre, afin qu'étant plus vite coupé, la ligature devînt libre plutôt par ce côté de la suture que par l'autre ; ce dernier nœud étant fait, je coupai les fils au ras de la plaie. »

La suture terminé, M. Reybard repousse l'intestin profondément dans le ventre pour l'éloigner de la plaie. Celle-ci est réunie par trois points de suture. Le malade garde la position fléchie de la cuisse sur le bassin, et le tronc incliné en avant et à gauche. Le traitement consiste en un régime émollient. Tout se passe bien jusqu'au cinquième jour de l'opération. Survient alors du ballonnement, de la tension, de la douleur; les lèvres de la plaie s'écartent de 6 lignes (Sangsues, cataplasmes, lavemens émolliens).

Le septième jour, mieux sensible; il n'y a pas encore eu de selles. On permet un peu de bouillon.

Au dixième jour, on enlève les fils de la suture des parois abdominales, et, à la suite d'un lavement, a lieu une selle abondante; on n'examine pas ce qu'elle pouvait contenir. Le ventre n'est plus douloureux; le mieux continue, et l'état du malade va en s'améliorant.

Trente-huit jours après l'opération, il prenait des alimens solides, allait naturellement à la selle, rendait des vents par l'anus; la cicatrisation de la plaie était complète. Ce ne fut qu'au bout de six mois que ce jeune homme éprouva quelques douleurs lancinantes vagues, de peu de durée, de la gêne, du malaise dans la région iliaque gauche. Mais bientôt les douleurs devinrent plus violentes; on constata le retour de la tumeur, et en même temps une vive sensibilité dans la cuisse et la jambe correspondante. Joseph Valesnaud garda le lit pendant deux mois, et succomba le 16 mars 1834, environ un an après l'opération.

On ne fit pas l'ouverture du corps. Voici comment M. Reybard décrit la tumeur enlevée : « Elle était grosse comme une grosse pomme de reinette de volume ordinaire, dure, d'un blanc grisâtre; elle offrait plusieurs tubercules, plus distincts au toucher qu'à l'œil; elle occupait les deux tiers postérieurs du diamètre de l'intestin. Ouverte en avant dans le sens de la longueur, la cavité de l'intestin avait perdu la moitié de son étendue. » M. Reybard n'a pu nous représenter cette pièce, qu'il a lui-même égarée depuis long-temps.

Après avoir entendu l'analyse de cette observation, et sans nous demander si réellement elle contient les élémens nécessaires et propres à démontrer que le malade de M. Reybard était atteint

et a été opéré d'un cancer de l'S iliaque du colon, sans nous demander s'il n'y manque pas une foule de détails sans lesquels votre conviction ne saurait être acquise, et en l'absence surtout des pièces pathologiques, vous pensez, messieurs, que le premier soin de vos commissaires fut de prier M. Reybard de répéter devant eux les essais et les opérations qui l'avaient conduit à agir ainsi, et de leur démontrer comment il opérait.

M. Reybard prévint nos désirs et opéra un certain nombre de chiens par son procédé.

PREMIÈRE EXPÉRIENCE.—Le 10 mars dernier, sur un chien de petite taille, M. Reybard commence par inciser la ligne blanche dans l'étendue de 1 pouce et demi environ, puis il fait sortir par cette ouverture une portion d'intestin et d'épiploon : celui-ci étant réduit et maintenu, M. Reybard fait deux ligatures dans le mésentère, destinées à arrêter le sang qui doit s'échapper des artères mésentériques lors de la section d'une anse intestinale en deux points différens, et à 2 pouces environ d'intervalle. Cette ablation pratiquée, on procède à la suture telle qu'elle a été décrite plus haut dans l'observation de M. Reybard.

La suture terminée, on réduit l'intestin et on coud la plaie extérieure. Sept chiens ont subi cette opération. La seule différence qui s'est présentée a été dans la nature de la section de l'intestin : ainsi, tantôt elle a été complète, tantôt incomplète, et alors transversale ou longitudinale.

RÉSULTAT. (Examen des pièces pathologiques.) — Chien opéré le 10 mars et ouvert le 22. Il n'existe pas d'épanchement libre dans le péritoine; mais on voit un paquet d'anses intestinales réunies entre elles par des adhérences nombreuses et faciles à déchirer. En différens points, l'épiploon est comme greffé sur l'intestin, et le pédicule qui s'y attache est rempli d'arborisations très déliées; la séreuse est d'un rouge noirâtre à mesure qu'on l'examine plus près de la suture, et son tissu est friable.

Pour mieux examiner l'état des parties, on coupe l'intestin au-dessus et au-dessous de la suture sans détruire ses adhérences. Le bout supérieur offre une invagination de plusieurs pouces, et déjà des adhérences se rencontrent entre ses feuillets séreux adossés ; cette invagination s'arrêtait à 1 pouce au-dessous de la

plaie, et bouchait l'orifice de l'intestin. Les deux lèvres de la plaie sur lesquelles la suture a porté sont béantes et boursoufflées. Quatre fils sont encore adhérens ; la muqueuse est rouge, épaisse et ramollie.

En faisant pénétrer un stylet par la plaie que l'on vient de faire, et de dedans en dehors, on arrive dans une cavité circonscrite par des anses d'intestin où se trouvent épanchées des matières fécales et des liquides purulens.

Ainsi, dans ce premier fait, aucune trace de réunion, épanchement circonscrit de matières, exsudation plastique et adhérence des feuillets séreux du péritoine.

Deuxième expérience.—Chien opéré le 13 mars. Ouvert le 22. —Suture complète. La plaie de l'abdomen est réunie, et à sa face interne est fixée une circonvolution intestinale. On rencontre aussi un paquet de circonvolutions agglomérées par de la lymphe plastique récemment organisée et facile à déchirer. L'intestin est rouge et tuméfié. Ces adhérences détruites, on arrive à une ligne blanche transparente, au-dessous de laquelle on distingue les fils non encore détachés. Cette cicatrice est due à l'accolement et au rapprochement des deux feuillets séreux, entre lesquels a eu lieu une exsudation plastique mince et peu résistante. A l'orifice du bout supérieur de l'intestin, on observe un tænia qui oblitère en partie sa cavité. La plaie n'est pas réunie immédiatement. Les fils adhèrent encore à ses bords. Les deux lèvres sont écartées d'environ 3 lignes ; entre elles existe un tissu mou de nouvelle formation, et deux ou trois points fistuleux vers les angles de la plaie. La séreuse est friable et recouverte de lamelles de matières plastiques, et la muqueuse autour de la plaie est rouge et visiblement enflammée.

Troisième expérience. — Suture complète. Mort. On n'a pas fait l'ouverture de ce chien.

Quatrième expérience. — Suture transversale incomplète. Plaie abdominale cicatrisée. Adhérence au dedans des portions épiploïques, et réunion de plusieurs anses intestinales au point correspondant. Accolement immédiat à la suture de deux circonvolutions. Dilatation de 4 centimètres de largeur et de 7 de longueur de la portion de l'intestin opéré.

Elle renferme un bouchon de matière moulé sur la dilatation. Le bout inférieur contient des matières stercorales. Il n'y a pas de réunion immédiate, et on observe pour cicatrice une production nouvelle, molle, large et facile à déchirer. Une circonvolution ferme en partie la plaie.

CINQUIÈME EXPÉRIENCE. — Section complète transversale. Mort en trente-huit heures. A l'autopsie, nous trouvâmes les bouts de l'intestin flottant dans le ventre, un épanchement péritonéal et des fausses membranes.

SIXIÈME EXPÉRIENCE. — Suture longitudinale. Il n'y a pas de réunion immédiate de la plaie, qui se trouve bouchée par des anses intestinales voisines. Quand on détruit les adhérences, la solution de continuité de l'intestin est reproduite, et les matières s'échappent dans le péritoine. Point de traces de réunion entre les lèvres de la plaie.

SEPTIÈME EXPÉRIENCE. — Le chien n'a pas été sacrifié.

Ainsi donc, dans toutes ces expériences, le fait capital est que la réunion immédiate de la plaie ne s'est pas opérée, qu'il y a eu tantôt épanchement diffus dans la cavité du péritoine, tantôt circonscrit entre les anses intestinales accidentellement accolées à la plaie. Dans tous les cas, il y a eu entéro-péritonite avec inflammation de la muqueuse correspondante à la section, avec dilatation, tuméfaction ou invagination de l'intestin. Dans les points où la réunion a eu lieu, ce résultat était dû à l'accolement plus ou moins parfait des deux feuillets de la séreuse, et non à la réunion immédiate des lèvres de la plaie. Deux fois la continuité entre les surfaces saignantes s'est établie à l'aide d'une substance intermédiaire de nouvelle formation, substance molle, facile à déchirer, et qui n'occupait pas toute l'étendue de la division et offrait plusieurs points fistuleux.

Voilà ce que nous avons vu relativement au mode opératoire, et ce que nous avons observé quant aux conséquences de la suture de M. Reybard. Que voulait cependant produire notre confrère? La réunion immédiate des lèvres de la plaie, c'est-à-dire la réunion directe et par première intention, l'accolement des surfaces saignantes, séreuse, musculeuse et muqueuse réunies, et par quel procédé? Si vous vous rappelez la description que M. Rey-

bard a donnée de son mode opératoire dans le cours de l'opération dont nous avons présenté l'analyse, vous aurez remarqué qu'il a eu recours à la suture en surjet modifiée. Quoi qu'il en soit, M. Reybard pensait qu'avec les changemens apportés au procédé de Pelletier, il produisait d'abord l'accolement immédiat des lèvres de la plaie, but final de son opération; et, en second lieu, que les fils, disposés comme il les plaçait, pouvaient se détacher et sortir par l'intestin sans donner lieu à des points fistuleux et à des épanchemens consécutifs. En effet, la première aiguillée étant fixée dans l'intérieur de l'intestin par un gros nœud, et même par un petit bourdonnet de charpie, devait entraîner par son poids le bout de fil dans l'extrémité libre au-dessous des anses de la deuxième aiguillée. Quant à celle-ci, réunie vers la fin de la suture aux ligatures placées sur les artères mésentériques, et introduite avec elles, elle devait également tomber avec facilité de ce côté.

Alors notre confrère en était arrivé, par de curieuses vivisections, à démontrer l'impossibilité de la réunion immédiate des plaies intestinales. Nous ne pouvons mieux faire, pour réfuter ce qu'il avance aujourd'hui, que de citer quelques passages empruntés à ses recherches antécédentes.

Voici comment il s'explique à propos de la réunion directe de la plaie. Après avoir insisté sur le renversement des lèvres de la section déterminée par la contraction des fibres musculaires, il ajoute (p. 112) : « Cette disposition, qui s'observe dans toutes les blessures de l'intestin grêle, qu'elles soient longitudinales, obliques ou transversales, s'oppose à ce qu'on puisse rapprocher les bords de la plaie, et que ceux-ci puissent se réunir immédiatement, en sorte que leur guérison ne s'opère que par les adhérences qu'ils contractent par un côté péritonéal contre les parois intestinales de l'abdomen, etc. » Dans un autre endroit (p. 39) : « La guérison des plaies du tube digestif ne s'opère point par la réunion par première intention, comme celle des autres organes; lorsqu'elle a lieu, les lèvres de la plaie ont contracté des adhérences avec les tissus voisins par leur surface péritonéale, et c'est consécutivement que les bords se réunissent entre eux et se cicatrisent. »

Voilà, quant à la théorie de la réunion immédiate de la plaie, ce qui arrive. Que lui avait appris l'expérience, soit sur l'homme, soit sur les animaux? « Qu'une suture ordinaire ne s'opposerait peut-être pas même à l'épanchement des matières fécales dans le ventre » (p. 39); et surtout d'après deux expériences répétées sur des chiens, et après une suture opérée bien plus solidement encore que celle qu'il propose aujourd'hui, que ces lèvres de la plaie ne se réunissaient pas directement.

Voici le résultat de deux ouvertures (p. 116) : « L'animal mort un mois et demi après l'opération, j'en fis l'ouverture : les intestins n'étaient pas enflammés; une anse de cet organe qui correspondait à la plaie abdominale y était encore adhérente... La portion de cet organe où était la plaie adhérait aussi aux parois abdominales... Ayant ouvert l'intestin par le côté opposé à la blessure, je découvris que les bords de la plaie, loin d'être cicatrisés, étaient au contraire très écartés. »

Dans la deuxième expérience, à l'autopsie (p. 118) : « Le doigt porté dans la plaie extérieure pénétrait dans la cavité de l'intestin. Ayant détaché une grande étendue des parois abdominales, tout autour de la plaie, et l'ayant renversée, j'aperçus d'abord beaucoup de rougeur dans les intestins adhérens entre eux et autour des parois de la plaie. L'anse de l'intestin sur laquelle avait porté l'opération, ouverte par derrière, me fit apercevoir qu'un des bords de la plaie tenait à une des lèvres de l'abdomen, et que l'autre, fortement engagé et dur, était collé à l'intestin voisin. On voit, d'après ce que je viens de dire, que l'opération n'a pas eu de succès » (p. 113).

Ces derniers passages, comme vous le voyez, auraient pu faire partie de notre rapport.

Ce que nous voulons conclure surtout d'un travail dont nous n'avons pas à vous présenter l'analyse, c'est que déjà, en 1827, M. Reybard, après avoir répété sur des animaux toutes les méthodes connues de sutures intestinales, était arrivé à établir que la réunion immédiate des lèvres de la plaie était impossible. Vous savez aussi maintenant que par son nouveau procédé il n'a pas été plus heureux.

Dans une troisième expérience (p. 131), M. Reybard dit : « Les bords de la division des deux bouts de l'intestin n'étaient réunis

qu'au moyen de la fausse membrane. *Ils n'étaient point immédiatement cicatrisés*. Les extrémités des bouts de l'intestin renfermées dans la plaie du ventre étaient froncées et resserrées au point de se toucher, mais n'étaient pas cicatrisées. »

Revenons actuellement à l'observation dont nous avons donné une analyse.

Si des doutes, et de très légitimes, peuvent s'élever sur la nature de la tumeur enlevée, tumeur dont on a à peine examiné la structure, tumeur qui a été égarée et ne peut plus être aujourd'hui soumise à notre examen, on ne saurait mettre en suspicion l'enlèvement d'une portion de 2 à 3 pouces d'intestin, tant la description des temps de l'opération pratiquée par M. Reybard est précise et circonstanciée.

La guérison ne se maintint pas; les douleurs locales dans l'hypochondre gauche reparurent, ainsi que tous les signes d'une affection grave dans la fosse iliaque, et le malade succomba. Malheureusement l'ouverture du cadavre n'a pas été faite, et en l'absence de renseignemens précis : 1° sur la nature de la tumeur enlevée; 2° sur ce qui s'est passé entre les deux bouts d'intestin réunis par la suture ; 3° sur l'état exact des désordres consécutifs, il est impossible de tirer de ce fait aucun parti rigoureux pour la science.

Vos commissaires concluent donc de l'examen auquel ils se sont livrés pour faire le rapport :

1° Que les modifications apportées par M. Reybard à la suture en surjet relativement à la disposition des fils ne sauraient produire facilement leur chute dans l'intestin, ni empêcher les trajets fistuleux, ni les épanchemens funestes ;

2° Qu'en conséquence on ne peut approuver un pareil mode d'opération, surtout quand on songe au conseil donné de refouler l'intestin ainsi opéré dans la cavité de l'abdomen ;

3° Que si les expériences faites sur les chiens paraissent prouver que la réunion immédiate des plaies intestinales est impraticable, on doit en déduire qu'elle est encore plus inadmissible chez l'homme ;

4° Qu'enfin on ne saurait conclure d'après l'observation, telle qu'elle est rapportée par l'auteur, à la réunion immédiate.

« Si M. Reybard se fût bien pénétré des objections faites depuis si long-temps au procédé en question, et s'il ne se fût pas fait

sans doute illusion sur les résultats obtenus chez les animaux, il aurait hésité à conseiller la suture à surjet. Vous en avez eu la preuve par les faits que nous avons exposés. Qu'on se serve de la suture à surjet, de la suture à points passés, il paraît impossible d'arriver à cet accolement direct des surfaces saignantes. La mobilité des parties, le peu d'épaisseur des points qui doivent être maintenus en contact, les causes si nombreuses qui peuvent opérer l'écartement de ces surfaces, comme la contraction des tuniques, le gonflement, la dilatation déterminée par les gaz, etc., toutes ces raisons expliquent suffisamment comment la réunion immédiate ne saurait avoir lieu à l'aide de la suture conseillée de nouveau par M. Reybard; et si cette réunion n'a pu être obtenue chez des chiens, comment pourrait-on l'obtenir chez l'homme, là où les tuniques intestinales sont encore bien moins épaisses?

Mais comment aussi ne pas songer qu'il y aura quelquefois un trajet organisé, une véritable fistule intestinale, abdominale, dans l'endroit où ces fils sont repoussés dans l'intestin? Comment conseiller d'abandonner ainsi dans la cavité de l'abdomen un élément si probable d'insuccès?

L'intention de M. Reybard, si elle avait pu se réaliser, était bonne; mais elle paraît impratiquable. Les expériences sur les animaux en ont démontré les dangers.

Cette critique, fondée sur l'observation attentive des faits, est le résultat d'un examen consciencieux. Nous regrettons que M. Reybard ait abandonné les opinions qu'il avait émises dans un travail publié en 1827, sous le titre de MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DES ANUS ARTIFICIELS, DES PLAIES PÉNÉTRANTES DES INTESTINS, ET DES PLAIES PÉNÉTRANTES DE POITRINE.

EXTRAITS DES JOURNAUX ÉTRANGERS,

par M. le docteur GIRALDÈS.

Kyste dans la région de l'aine.

Sarah Bradford, âgée de 23 ans, entre à l'hôpital de Londres, le 3 juillet 1843, dans le service de M. Luke. Elle porte à l'aine du côté droit une tumeur fluctuante, du volume d'une grosse

orange, s'étendant à 4 pouces au-dessous de l'arcade crurale. L'artère fémorale occupe sa position normale, mais elle est repoussée en avant par la tumeur. Celle-ci s'étend dans l'intérieur de l'abdomen, presque jusqu'à la hauteur de l'ombilic; la fluctuation est très distincte, et les efforts de toux communiquent l'impulsion à la tumeur de l'aine. Ces caractères, réunis à d'autres circonstances qui se rattachent à l'histoire de la malade, semblent faire croire à l'existence d'un abcès par congestion : en effet, cinq ans avant son admission à l'hôpital, la malade avait ressenti des douleurs dans la région des reins; ces douleurs ont été suivies de l'apparition de la tumeur dans la région de l'aine. La constitution de la malade n'est pas très robuste, elle est régulièrement réglée, la colonne vertébrale ne présente aucune déviation.

Quelques jours après son admission à l'hôpital, on ponctionne la tumeur à l'aide d'un trois-quarts. L'instrument pénètre en dedans de l'artère fémorale et donne issue à un liquide brunâtre ressemblant à du bouillon de bœuf, et dans lequel nagent plusieurs particules de cholestérine; après avoir donné issue à 8 onces de liquide, on ferme la plaie afin d'empêcher l'accès de l'air dans l'intérieur de cette cavité; les parois de ce kyste sont dures, quelques jours après, la tumeur se remplit de nouveau : les ponctions sont renouvelées trois fois avec le même résultat, et à chaque fois on en retire une égale quantité de liquide, ayant les mêmes caractères.

Vers le milieu d'octobre, le kyste fut de nouveau ponctionné; ses parois sont très épaisses, de sorte que l'instrument les traverse avec difficulté. On donne issue à 12 onces de liquide. Cette ponction est suivie de l'inflammation du kyste, compliquée de quelques symptômes généraux : de tympanite, de toux, de vomissemens fréquens; ces accidens augmentent, on juge alors convenable d'introduire par la plaie un stylet cannelé et d'agrandir l'ouverture. Par ce moyen, on donne issue à 14 onces d'un pus fétide, mêlé de gaz. Une compression est établie sur la tumeur. La malade se trouve bien; les accidens généraux diminuent. On lui prescrit des médicamens internes, avec addition de teinture d'opium ou d'acide hydrocyanique. Ces moyens produisent de bons résultats. Tous les jours il s'écoule par la plaie

quelques onces de pus, et on peut apercevoir, à travers les parois de l'abdomen, les parois du kyste se sont contractés; la suppuration diminue, et enfin la malade quitte l'hôpital vers le milieu d'avril (*The Lancet*, 20 juillet).

Perforation de la veine jugulaire à la suite d'un abcès du cou, par le Dr HOFFMANN.

On trouve dans le Journal hebdomadaire de Casper, un exemple de perforation des vaisseaux du cou, à la suite d'un abcès de cette région. Ce cas a été observé par le docteur Hoffmann. Un enfant, âgé de cinq ans, eut, à la suite d'une scarlatine, une inflammation des ganglions du cou, suivie de suppuration; la main, étant appliquée sur la tumeur, percevait une espèce de frémissement; l'auscultation faisait aussi entendre un bruit particulier. On s'abstint d'abord de toute intervention, mais à la suite d'une consultation, l'abcès fut ponctionné; du sang rouge mêlé de pus, et ensuite parfaitement pur, jaillit par la ponction. Le malade mourut quelque temps après. A l'autopsie, on reconnut que la veine jugulaire était perforée dans l'étendue de trois quarts de pouce. Le tissu des vaisseaux était décoloré et ramolli (*Medical Times*, 13 juillet).

Un lombric de 11 pouces de long, rendu par l'urèthre, par PETER CLARKE.

Le vendredi 22 mars, je fus appelé auprès de M. Philemon Fawler. Ce malade se plaignait de quelques embarras dans le ventre et demandait à être purgé. Le médicament ordonné ne produisit aucun résultat; le malade n'était pas mieux, et il s'ajoutait à ses souffrances ordinaires une démangeaison très forte au bout de la verge. Dans la soirée, il prit un nouveau purgatif et un lavement; les démangeaisons continuèrent; il urina facilement, et après l'action produite par les médicamens ordonnés, il prit un peu de repos; dans la matinée, l'urine est rendue facilement; vers 10 heures, en voulant uriner, le jet du liquide est arrêté tout-à-coup, les démangeaisons cessent. Dans la journée, le malade essaie de pisser sans pouvoir y parvenir. Le lendemain matin, au moment où il se disposait à prendre un bain de siége, il voit quelque chose qui pend au bout de sa verge; il crut d'abord que c'était un cordon, en tirant dessus, il en sort près d'un

pouce. Il fut d'abord étonné et surpris; et reconnut enfin que ce qui pendait au bout de la verge, était un lombric mâle (*lombricus teres*) de la longueur de 11 pouces. L'urèthre, débarrassé de ce corps étranger, le malade urine avec facilité, et se trouve bien (*Dublin medical Press*, 3 juillet).

Perforation de l'aorte par un corps étranger, retenu dans l'œsophage, par M. Duncan, chirurgien de l'Infirmerie royale d'Edimbourg.

Un jeune homme, âgé de 22 ans, ayant perdu les dents de devant, se les fit remplacer par des dents artificielles, fixées de la manière ordinaire. Plusieurs fois il lui est arrivé de garder pendant la nuit les dents en question. Le matin du 28 février, il s'est aperçu qu'elles manquaient; il éprouvait également une douleur en avalant. M. Syme fut consulté; ce chirurgien reconnut dans l'œsophage un corps étranger engagé assez loin dans le canal, et qu'il était impossible de saisir à l'aide des pinces destinées à cet usage. Le malade entra à l'infirmerie, et plusieurs fois on essaya, sans résultat, de déloger, à l'aide d'un instrument convenable, le corps étranger. La douleur disparut peu-à-peu, et il quitta l'hôpital dans la soirée du neuvième jour de son entrée. Le lendemain, M. Duncan est appelé en toute hâte au moment de se lever, il s'était trouvé mal, il avait vomi du sang à pleine bouche; on le place sur un lit; il se plaint d'une grande faiblesse et d'une grande difficulté à respirer; la face est pâle, la peau est froide. Le praticien appelé pense que le corps étranger avait été détaché du point où il était fixé, et que dès-lors il serait peut-être possible de le saisir à l'aide d'une pince; dans ce but, le malade est placé sur les bords du lit, et au moment où il déprimait la langue pour introduire la pince, une gorgée de sang noir et fétide est rejetée par le vomissement; le malade rejette, à plusieurs reprises, près de 8 à 10 onces de sang. Les vomissemens de sang se succèdent à quelques minutes d'intervalle; enfin du sang vermeil, rutilant, du sang artériel est rejeté; les lèvres deviennent pâles, le pouls cesse, le malade pousse quelques sanglots et expire.

A l'autopsie on trouve l'œsophage, l'estomac et le duodénum remplis d'un sang vermeil artériel; le pharynx et l'œsophage étant ouverts dans toute leur étendue, on rencontre à 4 pouces et demi

de l'ouverture du larynx une perforation de l'œsophage mesurant près trois quarts de pouce en longueur et près de 3 lignes en largeur, et se dirigeant obliquement de droite à gauche. Les bords de cette perforation sont arrondis ; on fait pénétrer par là un stylet dans l'artère aorte ; en examinant ce vaisseau, on reconnaît qu'une perforation du calibre d'une plume de corneille existe à 1 pouce et demi de l'origine de l'artère sous-clavière gauche, l'ouverture en est irrégulière, les bords sont tronqués, et à leur partie inférieure un caillot y est adhérent (*Dublin medical Press*, 10 juillet).

Rétinite aiguë produite par l'usage du microscope, par W. Cooper, chirurgien du North London, institution ophthalmique.

L'observation qui suit est un exemple intéressant de l'action que la lumière solaire, réfléchie par un miroir à travers une série de lentilles, exerce sur la rétine ; indépendamment de la douleur vive et de l'impression lumineuse qui persiste pendant quelque temps, elle peut parfois déterminer une amaurose, une espèce de sidération des extrémités papillaires de la rétine.

M. G***, connu par des recherches microscopiques intéressantes, était occupé, dans la journée du 29 mars, à poursuivre sous le microscope les nerfs de la langue de l'homme ; il employait dans cette recherche un grossissement très fort, et l'instrument dont il se servait, étant exposé à une lumière vive, recevait de temps à autre des éclats des rayons solaires, dégagés des nuages qui les voilaient pour quelques instans.

Les cordons nerveux qu'il avait disséqués se montraient sous l'aspect d'un blanc brillant ; pendant que M. G*** les examinait, la lumière du soleil se découvrit et fut réfléchie vivement par le miroir du microscope. Au même instant une vive douleur se fit sentir dans tout le globe oculaire, et l'observateur se retira en poussant un cri ; au bout de quelque temps de repos, la vision ne s'était pas rétablie, l'impression lumineuse persistait toujours dans l'œil ; 20 minutes après, la douleur et l'image de la lumière diminuèrent, et M. G*** continua ses recherches en se servant de l'œil du côté opposé ; néanmoins il conserva un peu de douleur jusqu'au soir.

Le lendemain, la douleur ayant cessé, M. G*** eut l'imprudence

de continuer ses travaux. Cette fois, la même chose se renouvela encore : l'œil nouvellement excité par la lumière vivement réfléchie, la rétine est impressionnée avec plus de force, et la douleur est plus intense, elle occupe tout le globe de l'œil, devint insupportable, et l'impression lumineuse persiste et devient plus gênante. Toute la nuit et pendant la journée du lendemain, la douleur augmente ; M. G*** éprouve une distension très grande dans l'organe et une intolérance pour la lumière ; quelques fomentations calment cet état. Le lundi, M. Cooper ayant été appelé, trouva le malade dans l'état suivant : l'œil est le siége d'une douleur vive et profonde, la sensibilité de l'organe est très exagérée, surtout à la moitié supérieure, des larmes s'écoulent avec abondance ; toutes les fois que le malade essaie de regarder, le spectre lumineux se développe de nouveau dans l'œil ; la pupille est contractée, l'iris est dans l'état normal, la conjonctive est légèrement injectée, le pouls est faible et irritable ; le malade se plaint de faiblesse et de fatigue dans la tête. On a la précaution de le placer dans une pièce noire, à l'abri de la lumière ; on applique des sangsues autour de l'œil, quelques fomentations, des pilules purgatives, du mercure qu'on est obligé d'employer avec précaution.

Le lendemain, le mieux est très marqué. Des frictions sont faites autour des sourcils et des tempes avec de l'onguent mercuriel et opium ; pilules composées de mercure et d'extrait de ciguë : des purgatifs salins et de l'antimoine sont administrés.

Le mieux se soutient. On supprime l'antimoine et on continue les mercuriaux. Le jeudi, la douleur a disparu, excepté toutefois que lorsque l'organe est exposé à la lumière, le malade est faible. Un grain de quinine est prescrit deux fois par jour, diète, les frictions mercurielles continuées. Ce traitement, avec des excitans derrière les oreilles et des collyres astringens, est continué avec succès pendant une semaine. L'organe reprit peu-à-peu l'usage de ses fonctions (*Dublin medical Press*, 31 juillet).

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel pratique de percussion et d'auscultation, par le docteur F. Andry; in-18 de 527 pages, prix : 3 fr. 50 c.

Ce petit livre s'adresse surtout aux médecins. La première partie est consacrée à des généralités sur la percussion. La seconde partie concerne les applications de ce même moyen d'exploration. Nous avons nécessairement lu avec une certaine curiosité ce qui se rapportait aux maladies chirurgicales. Ces maladies étant le plus souvent extérieures, la percussion est moins nécessaire et plus dangereuse. M. Andry, dans cette partie de son livre, a fait preuve d'une grande justesse d'esprit. Obligé de faire toute la moitié d'un livre sur la percussion, c'est-à-dire sur un procédé d'exploration qui pourrait être exposé en une vingtaine de pages, M. Andry ne s'est pas cru obligé de l'appliquer partout, et quand il en est *aux fractures du crâne*, *aux maladies du larynx*, *aux maladies du rachis et des membres*, il fait très bon marché de la percussion. Cette circonstance seule devrait recommander son livre, qui est d'ailleurs écrit avec une clarté et une précision qu'on voudrait trouver dans tous les livres qui ont la prétention de devenir classiques.

Manuel de petite chirurgie, par M. A. Jamain; un volume in-18 de 612 pages, prix : 3 fr. 50 c.

C'et encore un petit livre fait avec le commencement de la plupart des livres complets de chirurgie, et surtout avec l'important traité des pansemens et des appareils, du professeur Gerdy. M. Jamain n'a pas seulement exposé les pansemens, les petites opérations applicables aux maladies chirurgicales et aux maladies médicales, à titre d'agens thérapeutiques, mais il a encore fait un emprunt aux traités de chirurgie, en exposant : 1° la phlegmonie et ses suites ; 2° les plaies simples et compliquées ; 3° la gangrène ; 4° les affections charbonneuses ; 5° les ulcères ; 6° l'application des divers appareils et bandages ; 7° le cathétérisme ; 8° le tamponnement ; 9° la réduction des hernies ; 10° enfin l'ex-

traction des dents. C'est donc là un petit traité de chirurgie ministrante qui, pour être fructueux aux élèves, exigeait de la part de l'auteur une connaissance parfaite des hommes qui ont su écrire la chirurgie. M. Jamain s'est presque toujours montré bien inspiré, et a indiqué la plupart des sources où il a puisé, pour mettre les élèves dans la possibilité de compléter leur éducation chirurgicale, qu'il n'a pu que commencer.

Mémoires pour servir à l'étude des maladies des ovaires, par le docteur A. Chereau; 1er mémoire, in-8° de 189 pages, prix: 3 fr. 50 c.

Hippocrate avait dit: *Propter solum uterum mulier est id quod est*, M. Chereau dit: *Propter solum* OVARIUM. Ce qui est une localisation encore plus restreinte de tout ce que peut être la femme.

C'est l'ovaire qui donne la mesure de toute l'existence d'une grande partie de l'humanité. La femme est donc mieux connue que l'homme, puisqu'on a découvert son organe, son moteur, tandis que celui de l'homme est complétement ignoré. Mais laissons cette pensée, qui conduirait à autre chose qu'au livre de M. Chereau, et disons, dans le court espace qui nous revient pour le faire connaître, qu'il est composé: 1° de considérations anatomiques et physiologiques; 2° de l'agénésie et les vices de conformation de l'ovaire; 3° de l'inflammation aiguë des ovaires.

C'est surtout l'ovarite aiguë qui intéressera les chirurgiens. L'étude distincte de l'ovarite n'est pas ancienne: elle date du siècle dernier. Les premières études spéciales de cette maladie sont de 1782, et appartiennent à Kruyer. Puis viennent Detharding, Motz, W. Hunter, Clarpus, Franck, et parmi nos compatriotes, Boivin Dugès, Velpeau, Andral, Négrier et nous. M. Chereau a profité de tous ces auteurs, et d'autres qu'il a soin d'indiquer. Il traite d'abord de l'ovarite en général, puis de l'ovarite idiopathique, puis de l'ovarite puerpérale; enfin de l'ovarite symptomatique. Ce qu'il y a de curieux dans cette dernière forme, c'est de comparer l'ovarite aux orchites, qui sont des accidens de la blennorrhagie. M. Chereau a parfaitement compris ce point de départ d'une nouvelle pathologie de l'ovaire, que nous avons fait connaître. En allant plus avant dans ces études, on pourra

voir combien d'affections de l'ovaire viennent d'une chaudepisse, combien surtout d'hydropisies de cet organe sont dues à des phlegmasies partant du vagin, du col de l'utérus, et même de l'urèthre; et *remontant* vers l'ovaire, comme une infinité d'hydrocèles sont dues à des chaudepisses *descendant* dans les bourses.

Ce premier mémoire de M. Chereau donne un avant-goût de ceux qui doivent le suivre. L'auteur a été jusqu'ici très complet et très consciencieux. Quand la suite sera publiée, la science possédera une excellente monographie de plus. A. V.

TABLE DES MATIÈRES.

